

ABORL-CCF

ANAIS DO



REALIZAÇÃO





DIRETORIA EXECUTIVA ABORL-CCF - 2022

Dr. Renato Roithmann

Diretor Presidente

Dr. José Roberto Parisi Jurado

Diretor 1º Vice-Presidente

Dr. Fabrizio Ricci Romano

Diretor 2º Vice-Presidente

Dr. Edwin Tamashiro

Diretor Secretário Geral

Dr. Fabio Tadeu Moura Lorenzetti

Diretor Secretário Adjunto

Dr. Eduardo Macoto Kosugi

Diretor Tesoureiro

Dr. Reinaldo Ragazzo

Diretor Tesoureiro Adjunto

Dra. Claudia Schweiger

Assessora

Dr. Joel Lavinsky

Assessor

Dra. Luciana Miwa

Assessora

Dr. Miguel Tepedino

Assessor

Dr. Ricardo Dolci

Assessor

Dr. Roberto Angeli

Assessor

PRESIDENTE DE HONRA DO CONGRESSO

Dr. Sady Selaimen Costa

RESPONSÁVEL TÉCNICO MÉDICO

Dr. Joel Lavinsky

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA



Hugo Ramos
Presidente



Marcus Miranda Lessa
Presidente



Claudia Schweiger
Presidente



Lucas Patrocínio
Presidente



Arthur Menino Castilho
Presidente

COMITÊ DE DEFESA PROFISSIONAL
Virgilio Batista do Prado
Presidente

DEPARTAMENTO DE ALERGIA
João Vianney
Coordenador

**DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DE
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**
Carlos Takahiro Chone
Coordenador

**DEPARTAMENTO DE CRÂNIO
MAXILO FACIAL**
Maurício Pereira Maniglia
Coordenador

**DEPARTAMENTO DE DOENÇAS
OTORRINOLARINGOLÓGICAS DO
TRABALHO**
Josemar dos Santos Soares
Coordenadora

**DEPARTAMENTO DE
ELETRONEUROFISIOLOGIA**
Roberto Miquelino de Oliveira Beck
Coordenador

DEPARTAMENTO DE FONIATRIA
Gilberto Ferlin
Coordenador

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AEROESPACIAL**
Guilherme Webster
Coordenador

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DO SONO**
Danilo Anunciato Sguillar
Coordenador

DEPARTAMENTO DE OTONEUROLOGIA
Mario Edvin Greters
Coordenador

DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA
Ali Mahmoud
Coordenador

DEPARTAMENTO DE ORL GERIÁTRICA
Monica Aidar Menon Miyake
Coordenadora

COMITÊ DE EVENTOS E CURSOS
Presidente
Arthur Menino Castilho
São Paulo

MEMBROS
Allex Itar Ogawa
Londrina

Fayez Bahmad Jr
Brasília

Larissa Santos Perez Abreu
Belo Horizonte

Melissa Ameloti Gomes Avelino
Goiânia

Sandra Lira Bastos de Magalhães
São Paulo



COMISSÃO DE TRABALHOS CIENTÍFICOS

Carlos Takahiro Chone
Edilson Zancanella
Eduardo Tanaka Massuda
Edwin Tamashiro
Eulalia Sakano
Fabiana Cardoso Pereira Valera
Fayez Bahmad Jr
João Paulo Mangussi Costa Gomes
Joel Lavinsky
José Eduardo Lutaif Dolci
Jose Vicente Tagliarini
Luciano Rodrigues Neves
Mariana de Carvalho Leal Gouveia
Onivaldo Cervantes
Osmar Mesquita Neto
Reginaldo Raimundo Fujita



ÍNDICE

Temas Livre Concorrendo a Prêmio 7

Cirurgia de Cabeça e Pescoço	8
Laringologia e Voz.....	9
Otologia / Base de Crânio Médio e Posterior	11
Otorrinolaringologia Pediátrica	13
Rinologia / Base de Crânio Anterior.....	16

Temas Livres 18

Bucofaringologia e Medicina do Sono	19
Ciências Básicas e Estudos Transnacionais	20
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	22
Estética Facial	24
Laringologia e Voz.....	27
Otologia / Base do Crânio Médio e Posteriro	31
Otoneurologia.....	34
Otorrinolaringologia Pediátrica	39
Outros.....	41
Rinologia / Base de Crânio Anterior.....	42



Pôsteres..... 55

Bucofaringologia e Medicina do Sono	56
Ciências Básicas e Estudos Transnacionais	101
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	105
Estética Facial	193
Foniatría.....	222
Laringologia e Voz.....	234
Otologia / Base de Crânio Médio e Posterior	298
Otoneurologia.....	429
Otorrinolaringologia Pediátrica	434
Outros.....	481
Rinologia / Base de Crânio Anterior.....	525

Índice remissivo dos artigos 751

Índice remissivo dos autores 764



TEMAS LIVRE CONCORRENDO A PRÊMIO

CERVICAL VS SUPERFICIAL TEMPORAL RECIPIENT VESSELS IN MIDFACE AND SCALP FREE FLAP FOR RECONSTRUCTION

Autor principal: BRUNO ALBUQUERQUE SOUSA

Coautores: FERNANDO LUIZ DIAS, MARCUS ANDRÉ ACIOLY DE SOUSA, LUCAS ALLAN RIBEIRO PORFÍRIO, FELIPE GONÇALVES DE CARVALHO, ANTONIO SAMPAIO BEM NETO, LUCAS JUSTO SAMPAIO

Instituição: *Brazilian National Cancer Institute*

Objectives: To demonstrate our surgical experience in midface and scalp advanced oncologic reconstruction using free tissue flap and to compare the postoperative outcomes based on superficial temporal versus cervical recipient vessels.

Methods: We performed a prospective and randomized study of patients who underwent midface and scalp oncologic reconstruction with free tissue flap from April 2018 to April 2022 in an oncologic referenced center. Two groups were analyzed: those in whom superficial temporal vessels were used as the recipient vessels and those in whom cervical vessels were used as the recipient vessels. Patient gender and age, cause and classification of the defect, flap choice for reconstruction, recipient vessels, postoperative course, and complications also were recorded and analyzed. A Fisher's exact test was used to compare outcomes between the 2 groups.

Results: On the basis of the different recipient vessels, 27 patients were randomized into 2 groups: those with superficial temporal recipient vessels (n = 12) and those with cervical recipient vessels (n = 15). There were 18 male and 09 female patients with an average age of 53.92 ± 17.49 years. The overall flap survival rate was 88.89%. The overall complication rate for vascular anastomosis was 14.81%. The total flap loss rate in patients with superficial temporal recipient vessels was higher than the complication rate in those with cervical recipient vessels but with no statistical significance (16.67% vs 6.66%, $p = 0.56$).

Discussion: Few articles have specifically compared the postoperative results based on recipient vessels in midface and scalp reconstruction. In this prospective and randomized study a group of 27 patients who underwent and midface and scalp reconstruction were divided into 2 groups according to the recipient vessels used. In terms of complications, no statistically significant differences were found between the groups. In our series, the overall flap survival rate was 88.89%. These data are similar to the world series that report rates above 90% of success in free flaps.

Conclusion: In the group with superficial temporal recipient vessels, the postoperative rate of microanastomosis complication was similar than the cervical recipient vessel group. Therefore the use of superficial temporal recipient vessels for midface and scalp oncologic reconstruction could be a reliable option.

Key words: Free tissue flaps, head neck cancer, microanastomosis, superficial temporal vessels, cervical vessels.

Palavras-chave: free tissue flaps; superficial temporal vessels; cervical vessels;.

Autor principal: NEEMIAS SANTOS CARNEIRO

Coautores: ISABELLA GONÇALVES PIERRI, REGINA HELENA GARCIA MARTINS, CLAUDIA REGINA PELLISSON, RENATO BATTISTEL SANTANA, ALEXANDRE PALARO BRAGA, EDUARDO MODENESI FELICIO, JOSÉ PAULO PINOTTI FERREIRA JUNIOR

Instituição: UNESP

Durante o envelhecimento, a laringe sofre alterações estruturais e funcionais, denominadas de presbifonia, as quais podem comprometer o padrão vibratório das pregas vocais e repercutir negativamente sobre a voz. Dentre as diversas alterações estruturais destacam-se o aumento da matriz fibrosa extracelular e diminuição do ácido hialurônico. Como os fibroblastos são importantes componentes da lâmina própria das pregas vocais, responsáveis pela produção de fibras colágenas e elásticas, consideramos importante conhecer o comportamento dessas células na laringe do idoso para compreendermos a melhor a fisiopatologia da presbifonia.

Objetivo: Estudar a concentração dos fibroblastos nas pregas vocais de idosos por meio de análise imunohistoquímica.

Material e Métodos: As pregas vocais de 13 cadáveres foram distribuídas em dois grupos (n-5, idade entre 18-40 anos; n-8, idade acima ou igual a 75 anos), dissecadas e preparadas para análise imunohistoquímica utilizando-se o anticorpo S100 (AB 41532-ABCAM. Cambridge, Cambridgeshire), para fibroblastos. Os sítios analisados foram máculas flavas e porção medial (ou vibratória) das pregas vocais. Utilizou-se o programa imageJ para contagem das células.

Resultados: Maior concentração de fibroblastos foi identificada nas máculas flavas das laringes dos adultos jovens e na porção medial das pregas vocais de idosos. Entretanto, esses Resultados não determinaram diferenças estatísticas significativas, permitindo-nos afirmar que não houve efeito da idade na concentração de fibroblastos nas pregas vocais.

Discussão: O fato de não termos identificado alterações quantitativas na concentração de fibroblastos nas laringes de idosos, quando comparadas às laringes de adultos jovens, permite-nos supor que existam alterações funcionais qualitativas nessas células capazes de alterar seu comportamento.

Conclusão: Na laringe do idoso a população de fibroblastos se mantém semelhante à observada em laringes de adultos jovens, tanto nas máculas flavas como no corpo das pregas vocais, sendo possivelmente responsável pela constante produção de matriz fibrosa na lâmina própria. Alterações funcionais nessas células são, provavelmente mais marcantes que as quantitativas.

Palavras-chave: presbifonia; pregas vocais; fibroblastos.

FATORES DE RISCO PARA LESÃO LARINGOTRAQUEAL APÓS INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL EM PACIENTES COM COVID-19

Autor principal: LETICIA FELIX

Coautores: GABRIEL DE SOUZA MARES, LARA FREIRE BEZERRIL SOARES, SERGIO ROBERTO NACIF, ROMUALDO SUZANO LOUZEIRO TIAGO

Instituição: Hospital Servidor Publico Estadual

Objetivo: avaliar os fatores de risco para desenvolvimento das lesões laringotraqueais em pacientes com COVID-19 submetidos intubação orotraqueal (IOT).

Desenho do estudo: coorte prospectivo.

Método: este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Foram avaliados pacientes consecutivos com diagnóstico de COVID-19 por teste molecular de RT-PCR, internados em hospital terciário, no período de 01 de março a 31 de outubro de 2020, que necessitaram de IOT. Os pacientes que receberam alta hospitalar foram convocados para seguimento ambulatorial e realização de exame endoscópico.

Resultados: foram internados 1357 pacientes com diagnóstico para COVID-19 confirmado por teste molecular de RT-PCR em swab nasal. A IOT para ventilação mecânica foi necessária em 421 pacientes (31%). Nos pacientes submetidos a IOT, o desfecho encontrado foi: alta hospitalar - 172 (40,9%); óbito - 249 (59,1%). A avaliação ambulatorial por videoendoscopia foi realizada em 95 pacientes (55,2%), em média 100 dias após a extubação. Foi observada significância estatística para o desenvolvimento de lesão laringotraqueal os pacientes que apresentaram no momento da admissão hospitalar os seguintes fatores: aumento na contagem de leucócitos (leucocitose) com redução na contagem de linfócitos (linfopenia), hipoalbuminemia, aumento do lactato arterial, aumento da troponina e aumento das bilirrubinas totais; tamanho do tubo endotraqueal; indicação de pronção durante o período de IOT; e aumento na contagem de leucócitos, D-dímero, TP e INR na data da IOT.

Conclusões: observamos maior risco para o desenvolvimento de lesão laringotraqueal nos pacientes que apresentaram na admissão hospitalar o aumento na contagem de leucócitos (leucocitose) com redução na contagem de linfócitos (linfopenia), hipoalbuminemia, aumento do lactato arterial, aumento da troponina e aumento das bilirrubinas totais. Pacientes que utilizaram tubo endotraqueal de maior calibre e foram submetidos à posição de pronção, bem como os pacientes que no momento da IOT apresentaram maior reatividade inflamatória (aumento na contagem dos leucócitos) ou desenvolveram distúrbios de coagulação (aumento do D-dímero, TP e INR), apresentaram maior risco para desenvolvimento de lesão laringotraqueal.

Palavras-chave: COVID-19; laryngotracheal stenosis after intubation; SARS-CoV-2.

ESTUDO DO EFEITO OTOPROTETOR DA DEXAMETASONA NA OTOTOXICIDADE INDUZIDA POR CISPLATINA EM RATOS

Autor principal: ISABELLE OLIVEIRA JATAI CAPELO

Coautores: MARCOS RABELO DE FREITAS

Instituição: Hospital Universitario Walter Cantidio

Cisplatina (cisdiaminodichloroplatinum) (CDDP) é um agente quimioterápico frequentemente usado no tratamento de várias linhagens de neoplasias. Entretanto, a ototoxicidade continua sendo um dos efeitos colaterais causadores de significativa morbidade e responsável pela limitação do seu uso. A fim de reduzir a ototoxicidade causada pela cisplatina, o potencial otoprotetor de várias drogas vem sendo estudado, incluindo os corticoides. Dessa forma, propusemos um estudo com indução de ototoxicidade em ratos por cisplatina na dose de 32mg/kg, que mostrou ser uma dose ototóxica e com baixa mortalidade a partir da experiência de nosso grupo de pesquisa, e otoproteção com dexametasona (D) intraperitoneal (IP), tendo em vista que existem poucos estudos utilizando essa via de administração do corticoide. O objetivo principal deste estudo foi avaliar a capacidade de otoproteção da dexametasona contra a ototoxicidade da cisplatina.

Objetivo: Os objetivos específicos foram: avaliar o papel protetor da dexametasona na toxicidade sistêmica da cisplatina; analisar o efeito otoprotetor da dexametasona nos limiares auditivos de ratos submetidos a tratamento com cisplatina, através do potencial auditivo evocado de tronco encefálico e avaliar o papel otoprotetor da dexametasona na lesão histopatológica da cisplatina na cóclea, através da análise das células ciliadas externas e da estria vascular de ratos.

Método: Foram utilizados para o estudo ratos Wistar machos provenientes do Biotério Central da Universidade Federal do Ceará, com peso variando entre 200-260 gramas, mantidos em gaiolas com livre acesso a alimentos e água, em ciclos naturais de sono e vigília, e manuseados segundo as normas preconizadas pelo Colégio Brasileiro de Experimentação Animal (COBEA). O projeto foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Animais (CEPA) da Faculdade de Medicina da mesma universidade, tendo sido aprovado. Os ratos foram divididos em quatro grupos: 1. Controle: 06 animais receberam soro via intraperitoneal (IP) 8ml/kg/dia por quatro dias; 2. CDDP+ D15: 11 animais receberam dexametasona 15mg/kg/dia via IP e 90 minutos (min) após 8mg/kg/dia de cisplatina via IP por quatro dias; 3. CDDP+D20: 07 animais receberam 20 mg/kg/dia de dexametasona via IP e 90 min após 8mg/kg/ dia de cisplatina via IP por quatro dias; 4. C+CDDP: 11 animais recebem 8ml/kg/dia de soro fisiológico via IP e 90 min após 8mg/kg/dia de cisplatina via IP por quatro dias.

Resultado: Baseado nos resultados deste estudo, encontrou-se que a dexametasona na dose de 15 mg/kg/dia protegeu de forma significativa contra a ototoxicidade da cisplatina, através da avaliação funcional por PEATE e morfológica, através da preservação da estria vascular. Não houve proteção contra a toxicidade sistêmica, avaliada através do peso dos animais, com o uso do corticoide.

Conclusão: Conclui-se que o corticóide sistêmico protegeu contra a ototoxicidade por cisplatina na avaliação funcional por PAETE e morfológica pela microscopia óptica, mas não protegeu contra a toxicidade sistêmica.

Palavras-chave: ototoxicidade; dexametasona; cisplatina.

Autor principal: VANESSA MAZANEK SANTOS

Instituição: Hospital de Clínicas UFPR

Objectives: To critically assess the status of the literature on cognitive outcomes after cochlear implantation in adults and older adults.

Design and Methods: Studies were identified by searching PubMed/Medline, Scopus, Lilacs, Web of Science, Livivo, Cochrane Library, Embase, Psycinfo, and gray literature. No restrictions were imposed regarding language, publication date, or publication status. The studies design included were randomized clinical trials, non-randomized clinical trials, quasi-experimental and cohort studies. Eligibility criteria were as follows: (1) the study sample included adults aged 18 or over with severe to profound bilateral hearing loss, (2) the participants received a multi-electrode cochlear implant, and (3) a cognitive test was performed before and after implantation. Risk of bias was assessed using the ROB, ROBINS-I and MASTARI tools (Joana Briggs Institute), depending on the type of study. Meta-analyses of random effects were performed for the outcomes of interest. The level of evidence was assessed using the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE). Study Sample: Out of 1830 retrieved records, 16 were found eligible (11 non-randomized clinical trials, 3 randomized clinical trials and 2 cohort studies).

Results: In the AlaCog test, with the overall effect improvement after 6 to 12 months postoperatively [MD = -46.64; CI95% = -69.96 - -23.33; I2 = 71%]. Although the global effect demonstrates statistical significance, the Flanker, Recall, Trail A and n-back test domains did not show statistical significance ($p > 0.05$). For the MMSE, a subgroup analysis was performed, based on postoperative time, but there was no statistical significance in any of the times evaluated [MD 0.63; CI 95% = -2.19 – 3.45; I2 = 88%]. For the TMT test, the analysis was subdivided based on the postoperative period, presenting a significant global effect, with a decrease of approximately 9 seconds in the processing speed in the postoperative period [MD = -9.43; CI95% = -15.42 - -3.44; I2 = 0%].

Conclusion: Hearing loss rehabilitation with cochlear implants may provide positive impacts on cognitive domains. Well-designed studies with longer follow-up periods are necessary to verify whether cochlear implantation influences cognition positively in older adults along the time. Development of new cognitive assessment tools in hearing-impaired individuals is stimulated.

Palavras-chave: cochlear implant; cognition; cognitive assessment.

TCP21

INFECÇÃO ASSINTOMÁTICA PELO SARS-COV-2 NAS TONSILAS DE CRIANÇAS

Autor principal: CAROLINA SPONCHIADO MIURA

Coautores: THAIS MELQUIADES DE LIMA, RONALDO BRAGANÇA MARTINS JUNIOR, DANIEL MACEDO DE MELO JORGE, EDWIN TAMASHIRO, WILMA TEREZINHA ANSELMO LIMA, EURICO DE ARRUDA NETO, FABIANA CARDOSO PEREIRA VALERA

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Objetivos: Determinar a prevalência de infecção por SARS-CoV-2 em tonsilas de crianças submetidas a adenoamigdalectomia, sem sintomas e sinais de infecção viral recente de vias aéreas.

Métodos: Foram analisadas amostras de 48 crianças entre 3 e 12 anos submetidas à adenotonsilectomia entre outubro de 2020 e setembro de 2021. Todas as cirurgias foram realizadas em um hospital secundário de Ribeirão Preto. Nenhuma das crianças apresentou sinais ou sintomas de infecção aguda de vias aéreas superiores (IVAS) nos 30 dias prévios à cirurgia. Durante o procedimento, foram colhidas as seguintes amostras: lavado nasal (LN), cytobrush da mucosa nasal (CB), sangue, tonsilas palatinas e adenoide. As amostras foram submetidas a RT-PCR, imunohistoquímica (IHQ), e citometria de fluxo.

Resultados: Entre os 48 pacientes estudados, apenas 2 tinham teste para COVID-19 positivo prévio à cirurgia: um teve IgM para SARS-CoV-2 positiva 3 meses antes do procedimento, o outro teve RT-PCR para SARS-CoV-2 positiva 5 meses antes da cirurgia. O RNA do SARS-CoV-2 foi detectado por RT-PCR em pelo menos uma das amostras colhidas de 12 dos 48 pacientes (25%). A taxa de detecção por tipo de amostra foi: 20% das tonsilas palatinas, 16% das adenoides, 10% dos CB e 6% dos LN. Entre os pacientes que tiveram amostras positivas para SARS-CoV-2, 4 (25%) tiveram exposição prévia a contactantes com COVID-19 entre 40 dias e 6 meses antes da cirurgia. Dos 2 pacientes que tinham um teste positivo de COVID-19 prévio, aquele que teve RT-PCR positiva para SARS-CoV-2 cinco meses antes da cirurgia testou positivo em todas as amostras. Como o paciente não apresentou sintomas de nova infecção após o episódio descrito, fica difícil atribuir o achado à persistência viral ou reinfeção. Das 16 amostras de tonsilas palatinas e adenoides positivas para SARS-CoV-2 por RT-PCR, 15 foram positivas para a nucleoproteína do vírus na marcação por IHQ. A positividade por IHQ nessas 15 amostras foi observada em epitélios e em áreas linfoides, tanto foliculares quanto extrafoliculares. A citometria de fluxo de células de tonsilas dissociadas evidenciou maior taxa de detecção de antígeno de SARS-CoV-2 em monócitos CD14+ (10% em tonsilas palatinas e 22% em adenoides), seguidos de células dendríticas CD123+, linfócitos T CD4+ e linfócitos T CD8+. O teste sorológico (anti-SARS-CoV-2 IgM e IgG) foi realizado em 11 das 12 amostras de sangue de pacientes positivos para SARS-CoV-2: 5 foram positivas para IgG e nenhuma para IgM.

Discussão: A infecção por SARS-CoV-2 tem Apresentação clínica que varia desde casos assintomáticos ou leves, até acometimento respiratório grave e até mesmo letal. Estudos indicam que crianças frequentemente têm doença leve ou assintomática, e sabe-se que portadores assintomáticos podem transmitir a doença. Este é o primeiro estudo prospectivo a demonstrar que uma proporção significativa de crianças submetidas à adenoamigdalectomia apresenta RNA e antígeno de SARS-CoV-2 detectáveis em tecidos tonsilares e em secreção da via aérea alta. A proteína estrutural do SARS-CoV-2 foi detectada in situ não apenas nas células epiteliais, mas também nas células linfoides, sugerindo que o vírus pode se replicar nessas células. É importante salientar que, no período estudado, a vacinação de crianças contra o SARS-CoV-2 ainda não havia sido iniciada no Brasil. Além disso, o primeiro caso da variante ômicron, que é mais transmissível, só foi notificado no Brasil 7 meses após o término da coleta das amostras deste estudo. A detecção de RNA e de proteínas do SARS-CoV-2, por RT-PCR e IHQ em tonsilas palatinas e adenoides de crianças assintomáticas sugere que elas podem ser portadoras assintomáticas deste agente por meses após a infecção aguda, reforçando a importância de testagem e vacinação de crianças.

Conclusões: A infecção pelo SARS-CoV-2 em crianças é subdiagnosticada e sua prevalência é maior do que a notificada. As tonsilas palatinas e adenoides são importantes sítios de infecção e podem ser verdadeiros reservatórios do vírus. Ainda não está claro o impacto desses Resultados na transmissão da doença.

Palavras-chave: COVID-19; criança; tonsila.

TCP22

LANGUAGE DEVELOPMENT IN CHILDREN WITH PRELINGUAL DEAFNESS FROM A PUBLIC COCHLEAR IMPLANT PROGRAM

Autor principal: ALICE LANG SILVA

Coautores: ISADORA MARTINS DA SILVA STUMPF, LAURA PROLLA LACROIX, DEBORA MILENE FERREIRA ALVES, BIANCA BRINQUES DA SILVA, ADRIANA LAYBAUER DA SILVEIRA, SADY SELAIMEN DA COSTA, LETICIA PETERSEN SCHMIDT ROSITO

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Objective: To evaluate the rate of loss to follow-up in a CI program from the public health system in Southern Brazil as well as the characteristics of hearing loss, sociodemographic, sociocultural and the development of oral language in children with prelingual deafness.

Methods: Retrospective cohort study with children who underwent CI surgery between 2010 and 2020. Data was collected through of interviews and review of medical records. The language development assessment was performed using the MUSS, MAIS and IT-MAIS scales. For the classification of language development we used as parameters the values (mean $\pm$ SD) found in a previous national study. From those values, the Z score for each patient at each hearing age (time of experience with the CI) was calculated.

Results: Of the 189 children implanted between 2010-2020, 129 were included in this study. The rate of loss to follow-up in the program was 31.7%. The mean age at first CI surgery was 40.5 ($\pm$ 16.9) months, with 77.5% of patients having received a unilateral implant. Language results below the expected for hearing age ($< Z$ score -1) for the MAIS score were found in 59.7% of the sample, while for the MUSS score the proportion was 62%.

Conclusions: The high rate of loss to follow-up in the program is a fact that deserves attention together with the low percentage of language development of these patients. Some variables emerge as potential prognostic markers for this population and are in line with findings from other studies in the literature. However, such correlations deserve more attention in prospective and longitudinal analyses.

Palavras-chave: cochlear implant; prelingual deafness; language development disorders.

OTOPATÓGENOS NA ORELHA MÉDIA E NA NASOFARINGE DE CRIANÇAS COM OTITE MÉDIA AGUDA RECORRENTE

Autor principal: DENISE ROTTA RUTTKAY PEREIRA

Coautores: SADY SELAIMEN DA COSTA

Instituição: UFRGS

Objetivo: O estudo objetivou descrever a microbiologia da orelha média e da nasofaringe e determinar a prevalência do *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis* em um grupo de crianças vacinadas com a vacina conjugada contra o pneumococo (PCV) e que foram submetidas a inserção de tubos de ventilação por otite média aguda recorrente.

Métodos: Analisaram-se 278 efusões de orelha média e 139 amostras de nasofaringe obtidas de 139 crianças submetidas à miringotomia e à inserção de tubo de ventilação por otite média aguda recorrente, no período de junho de 2017 à junho de 2021. A idade das crianças variou de 6 meses a 9 anos e 10 meses, com uma mediana de 21 meses. Os pacientes não tinham sinais de otite média aguda ou infecção do trato respiratório e não estavam sob antibioticoterapia no momento do procedimento. A aspiração da efusão da orelha média (EOM) foi realizada por timpanocentese, utilizando-se um coletor de Alden-Senturia e a amostra da nasofaringe (NF) foi coletada com swab. Os estudos bacteriológicos e PCR multiplex foram realizados para detecção simultânea dos três patógenos. A determinação molecular direta dos sorotipos do pneumococo foi efetivada por PCR em tempo real. Análise estatística realizada com teste qui-quadrado para verificar associações entre variáveis categóricas e medidas de força de associação baseadas em razões de prevalência com intervalo de confiança de 95%. Valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados: Cobertura vacinal foi 77,7% com esquema básico mais dose de reforço e 22,3% com esquema básico. Nas EOM, por cultura, identificou-se o *H. influenzae* em 27 crianças (19,4%), o *S. pneumoniae* em 7 (5,0%) e a *M. catarrhalis* também em 7 (5,0%). A detecção por PCR encontrou *H. influenzae* em 95 (68,3%), *S. pneumoniae* em 52 crianças (37,4%) e *M. catarrhalis* em 25 (16,5%), um aumento de três a sete vezes na comparação com a cultura. Na NF, a cultura isolou o *H. influenzae* em 28 crianças (20,1%), o *S. pneumoniae* em 29 (20,9%) e a *M. catarrhalis* em 12 (8,6%). Já a PCR identificou o *H. influenzae* em 84 crianças (60,4%), o *S. pneumoniae* em 58 (41,7%) e a *M. catarrhalis* em 30 (21,5%), um aumento de duas a três vezes na taxa de detecção. O sorotipo de pneumococo 19A foi o mais encontrado, tanto nas orelhas quanto na nasofaringe. Nas orelhas, das 52 crianças que tinham o pneumococo, 24 (46,2%) delas apresentaram o sorotipo 19A. Já na nasofaringe, dos 58 pacientes que apresentaram pneumococo, 37 (63,8%) apresentaram o sorotipo 19A. Das 139 crianças, 53 (38,1%) apresentaram amostras polimicrobianas de NF. Dessas, 47 (88,7%) tinham algum dos três otopatógenos na orelha média e 40 delas (75,5%) apresentaram o *H. influenzae*, nas orelhas, principalmente quando na NF, este estava em conjunto com o *S. pneumoniae*.

Conclusão: A prevalência das bactérias em um grupo de crianças brasileiras imunizadas com a vacina conjugada contra o pneumococo e que necessitaram inserção de tubos de ventilação por otite média aguda recorrente é semelhante àquela relatada em outras partes do mundo, depois do advento das PCV. O *H. influenzae* foi o germe mais encontrado, tanto na nasofaringe quanto na orelha média e o *S. pneumoniae* de sorotipo 19A foi o pneumococo mais detectado na nasofaringe e na orelha média. A colonização polimicrobiana da nasofaringe esteve fortemente associada com a detecção de *H. influenzae* na orelha média.

Keywords: *Haemophilus influenzae*, *M. catarrhalis*, otitis media, pneumococcal vaccination, *Streptococcus pneumoniae*.

Palavras-chave: *Haemophilus influenzae*; otitis media; pneumococcal vaccination.

TCP24

INFLUÊNCIA DOS INIBIDORES DE APOPTOSE NA RESPOSTA AO FUROATO DE MOMETASONA EM PACIENTES COM RSCCPN**Autor principal:** IVNA MOTA PASSOS**Coautores:** EDWIN TAMASHIRO, MARINA Z FANTUCCI, ADRIANA A B MURASHIMA, LILIAN E C M SILVA, DENNY M GARCIA, WILMA TEREZINHA ANSELMO LIMA, FABIANA CARDOSO PEREIRA VALERA**Instituição:** Universidade de São Paulo

Objetivos: Comparar a expressão dos Inibidores da Apoptose (IAPs) entre pacientes com e sem Rinossinusite Crônica com Pólipo Nasal (RSCcPN), comparar a expressão dos inibidores da apoptose entre pacientes com RSCcPN que tiveram boa resposta ao corticoide tópico nasal com os que tiveram resposta inadequada e também correlacionar a expressão dos inibidores da apoptose a marcadores inflamatórios em pacientes com RSCcPN.

Métodos: Foram coletados os dados clínicos dos pacientes com RSCcPN acompanhados em um serviço de referência através de questionário de qualidade de vida – SNOT-22, realizado as medidas do escore endoscópico (Lund-Kennedy) e do escore tomográfico (Lund-Mackay). Foram colhidas amostras de pólipos nasais de pacientes com RSCcPN (sem vigência de tratamento clínico há pelo menos 1 mês do recrutamento) e amostras de concha média dos controles para análise. A expressão gênica dos inibidores da apoptose (XIAP, BIRC2/IAP1 e BIRC3/IAP2) e das caspases (CASP3, CASP7, CASP9 e BCL2) foram medidos por qRT-PCR. As dosagens das citocinas pró-inflamatórias (IFN- α , IL-5, IL-33, IL-10, IL-17 e TGF- β) foram medidas pelo método Luminex. A comparação entre o grupo dos pacientes com pólipos nasais e os controles foi realizada por testes paramétricos não-pareados. Os pacientes do grupo de estudo foram ainda divididos em bons e maus respondedores ao corticoide tópico nasal para a avaliação da resposta ao tratamento. Análise de Componentes Principais (PCA) foi usada para correlacionar a expressão dos marcadores aqui avaliados com a resposta ao corticoide tópico nasal nos pacientes com RSCcPN.

Resultados: O estudo final foi então composto por 27 pacientes com RSCcPN (sendo 17 do sexo feminino; idade média $46 \pm 12,2$ anos), e 16 controles (sendo 14 do sexo feminino; idade média de $29,8 \pm 9,2$ anos). Encontramos menor expressão dos três genes inibidores da apoptose (XIAP, BIRC2/IAP1 e BIRC3/IAP2) e expressão significativamente maior das citocinas IFN- α , IL-5 e TGF- β nos pacientes com RSCcPN em comparação aos livres de doença. Alguns pacientes tiveram resposta muito boa ao medicamento, enquanto outros praticamente mantiveram a mesma intensidade dos sintomas e do escore endoscópico. A partir dessa observação, separamos os pacientes em dois grupos, os com boa resposta ao corticoide tópico e maus respondedores. Observamos que pacientes que responderam mal ao corticoide tópico tinham índices significativamente menor de BIRC2/IAP1 quando comparados aos que tiveram melhor resposta. Ao associarmos a expressão dos marcadores à resposta ao corticoide através de método PCA, identificamos que os marcadores BIRC2/IAP1, XIAP, BCL2, CASP9, IL-17 e IL-33 estiveram aumentados em pacientes com melhor resposta clínica, enquanto CASP7 e TGF- β estiveram relacionados com pior resposta ao tratamento.

Discussão: Foi evidenciada inflamação com padrão misto (T1, T2 e T3) nos pacientes com RSCcPN, quando comparado aos controles. Nossos dados sugerem que a diminuição dos IAPs seja um fator importante na fisiopatogenia da RSCcPN e na suscetibilidade ao tratamento clínico. Considerando que os IAPs modificam a cascata inflamatória inata, os presentes achados reforçam a importância do processo da imunidade inata como um elo essencial entre o ambiente, o epitélio e a cronificação do processo inflamatório, além de abrir novas perspectivas sobre a importância da barreira epitelial da mucosa nasossinusal na RSCcPN.

Conclusões: Pacientes com RSCcPN apresentaram menor expressão dos 3 genes Inibidores da Apoptose (IAPs) estudados (BIRC2/IAP1, BIRC3/IAP2 e XIAP), além de expressão significativamente maior das citocinas inflamatórias IFN- γ , IL-5 e TGF- β quando comparados aos pacientes livres de doença. A menor expressão de BIRC2/IAP1 e XIAP esteve ainda relacionada à pior resposta ao corticoide tópico nasal. Por fim, observamos que a expressão de BIRC2/IAP1 e XIAP esteve fortemente associada à expressão de IL-17A, CASP9 e CASP3, fracamente associada à expressão de IL-33 e IL-5 e negativamente associada à expressão de TGF- β , reforçando a grande participação dos IAPs na apoptose e no processo inflamatório.

Palavras-chave: inibidores da apoptose; pólipos nasais; rinossinusite crônica.

TCP25

TREINAMENTO OLFATIVO PÓS-COVID-19: COMO MELHORAR OS RESULTADOS?

Autor principal: SARA THAIS STEFFENS

Coautores: ÍCARO DE ALMEIDA TOLEDO PIRES, LETICIA LEAHY, NATALIA MEDEIROS DIAS LOPES, YASSER JEBABI, HERTON COIFMAN, ROGERIO HAMERSCHMIDT, MARCO AURÉLIO FORNAZIERI

Instituição: Hospital de Clínicas de Curitiba - HC-UFPR

Objetivo: Avaliar a resposta ao Treinamento Olfativo (TO) em pacientes com disfunção olfatória (DO) persistente pós-COVID-19, além de esclarecer se a mudança periódica ou o aumento no número das essências no TO é capaz de aumentar o sucesso terapêutico nesses pacientes.

Método: Ensaio clínico randomizado multicêntrico, incluindo indivíduos com DO pós-COVID-19 que permaneceram com queixas olfativas após 4 semanas da infecção. Os pacientes foram randomizados em 3 grupos para TO: o primeiro grupo recebeu 1 kit com treinamento olfativo clássico (TOC) com 4 essências, o segundo recebeu TO modificado (TOM) (3 kits diferentes com 4 essências em cada, com alternância mensal dos kits) e o terceiro recebeu TO avançado (TOA) (3 kits com 8 essências cada, com alternância mensal dos kits). Todos os pacientes passaram por exame físico otorrinolaringológico completo, seguido de mensuração subjetiva do olfato e da gustação através da Escala visual analógica (EVA), além da avaliação psicofísica através do Teste de Identificação do Olfato da Universidade da Pensilvânia (UPSIT). A avaliação foi repetida após 12 semanas de seguimento.

Resultados: Dos 340 pacientes selecionados inicialmente, obteve-se seguimento de 77 pacientes entre 18 e 60 anos, com a seguinte distribuição: 25 pacientes no grupo TOC, 23 no TOM e 29 no TOA. Os grupos tiveram distribuição homogênea quanto à idade, sexo, história de tabagismo, magnitude da queixa na infecção e intervalo entre a infecção e início do tratamento. Em todos os grupos, houve melhora estatisticamente significativa após 12 semanas tanto no UPSIT ($p < 0,0001$), quanto na EVA ($p 0,001$). O aumento médio do UPSIT foi de 2,8 pontos e a melhora subjetiva ocorreu em 74% dos pacientes. Na comparação entre os grupos, não houve diferença significativamente estatística entre TOC, TOM e TOA tanto no teste psicofísico, quanto na avaliação subjetiva do olfato e da gustação. Dentre os fatores relacionados com a resposta terapêutica, foi encontrada correlação negativa entre o intervalo do COVID-19 e início do tratamento e o aumento na pontuação do UPSIT com tratamento ($p 0,032$), porém com fraca correlação (coeficiente de correlação de Spearman 0,24). Nos pacientes que relataram flutuação olfativa (períodos de melhora e piora) na primeira consulta, a pontuação do UPSIT foi significativamente maior tanto na primeira avaliação ($p < 0,001$), quanto após 12 semanas ($p 0,001$).

Discussão: Diversos estudos continuam reforçando o papel central do TO no tratamento da DO persistente¹, mas pouco se sabe sobre a DO pós-COVID-19 e muito interessa saber como otimizar seus Resultados². No presente estudo, em 12 semanas de TO houve melhora tanto na pontuação do UPSIT ($p < 0,0001$), quanto na EVA ($p 0,001$). Este foi o primeiro estudo a comparar a resposta ao TOC e às variações realizadas, no entanto, não obtivemos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de TO. Rezaeyan et al³. compararam alternância periódica de odores com TOC e também não encontraram diferença. No entanto, ao estudar DO pós-infecciosa, Altundag et al.⁴, TO com alternância de essências foi superior ao TOC em 36 semanas, porém essa diferença foi mais significativa apenas após 12 semanas. Na avaliação do grupo geral, os pacientes que iniciaram TO precocemente obtiveram pontuações significativamente maiores no UPSIT, reforçando a importância de não tardar o início do tratamento⁵. A flutuação olfativa no início do TO esteve associada ao melhor prognóstico olfativo, o que pode sugerir que esse sintoma é relacionado à regeneração do neuroepitélio.

Conclusão: Os dados apontam que a precocidade no início do TO em pacientes com DO persistente pós-COVID-19 é associada a melhor resposta, ao passo que a mudança periódica ou o aumento no número das essências por 12 semanas não é superior ao método clássico. Além disso, uma habilidade olfativa flutuante no início do tratamento parece estar relacionada a uma melhor pontuação no UPSIT.

Palavras-chave: treinamento olfativo; COVID-19; anosmia.



TEMAS LIVRE

A CORRELAÇÃO ENTRE AS MEDIÇÕES FEITAS EM FOTOGRAFIAS 3D, GRAU DE APNEIA DO SONO E QUALIDADE DE VIDA**Autor principal:** ANTONIO ANTENOR RODRIGUES LOPES NETO**Coautores:** NICOLE TASSIA AMADEU, GABRIEL ZORRON CAVALCANTI, LAURA MARTINS GIRALDI, LUCAS DEMETRIO SPARAGA**Instituição:** *Clínica Otorr, Boa Vista / RR*

Objetivos: O objetivo desta pesquisa consiste em usar a análise 3D da superfície facial de medidas lineares e angulares para correlacionar com a presença e o grau de SAOS e sua relação com a qualidade de vida em pacientes submetidos ao exame de polissonografia.

Metodologia: O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Instituição através do Número 47206821.3.0000.5529. Trata-se de estudo transversal, comparativo de caráter analítico. Foram recrutados pacientes do Hospital Paranaense de Otorrinolaringologia com suspeita clínica de apneia obstrutiva do sono e que foram encaminhados para realizar exame de polissonografia diagnóstica. Foram incluídos os pacientes do sexo masculino e feminino com idade mínima de 18 anos, de todas as raças/etnias, que foram submetidos ao exame de polissonografia, no período de agosto a outubro de 2021, no Hospital Paranaense de Otorrinolaringologia e que aceitaram participar do estudo assinando o Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os participantes que não responderam adequadamente os questionários e os que não foram voluntários à realização do mesmo, além dos menores de 18 anos.

Resultados: Os Resultados apontaram que os 17 pacientes submetidos ao exame de polissonografia apresentaram FOSQ-10 médio igual a 14,82, 50% dos pacientes apresentam pontuação maior que 15. O domínio Capacidade Funcional do SF-36 apresentou maior valor médio ($\mu = 80$). O IAH apresentou média igual a 19,46, 50% dos pacientes apresentam índice maior que 16,20. A média da saturação de oxi-hemoglobina Nadir foi igual a 84,47, 50% dos pacientes apresentaram índice maior que 87. Verifica-se que existe diferença significativa ($p > 0.05$) no escore FOSQ-10, para os diferentes níveis de IAH, os pacientes acometidos com apneia grave apresentam o menor escore FOSQ-10 ($\mu = 11.33$), enquanto os pacientes sem apneia (IAH abaixo de 5) apresentam o maior valor de FOSQ-10 ($\mu = 17.83$).

Discussão: Poucos estudos no mundo comparam a fotogrametria 3D com o grau de apneia e suas repercussões na qualidade de vida do paciente. A dificuldade em se capturar imagens em 3D, talvez seja o principal fator limitante para a realização de mais estudos, principalmente devido ao seu custo atual. Uma ferramenta consolidada chamada Vectra XT 3D para captura de imagens em 3D custa em torno de 45 mil dólares, um custo considerável que impede a sua disseminação. A abordagem para este estudo visou uma metodologia prática e mais simples de avaliação da malha tridimensional da face para o estudo da relação desta com a apneia do sono. Adicionalmente, observou-se a diminuição da qualidade de vida dos pacientes no domínio vitalidade ao comparar com o questionário FOSQ-10, evidenciando menor vitalidade nos pacientes com maior limitação funcional causada pela apneia. Quando à análise tridimensional da face, verificou-se que o aumento do índice Zi-Sn/Go-Po implica em diminuição do escore FOSQ-10 ou seja, maior o impacto da sonolência diurna nas atividades da vida diária do paciente, menos vitalidade.

Conclusão: Evidenciamos que existe a possibilidade de aquisição de uma malha tridimensional a partir de imagens faciais em 2D com baixo custo e de fácil acesso para avaliação de padrões faciais. São necessários mais estudos para melhor compreensão do padrão facial tridimensional e sua correlação com a apneia do sono. Desde o início dos estudos para compreensão da fisiopatologia da apneia obstrutiva do sono, o retrognatismo apresenta-se como um dos fatores preponderantes. No entanto ainda há a necessidade da melhor compreensão das relações anatômicas da face com a apneia. Novos estudos estão surgindo para contribuir com essas respostas. Neste, foi possível evidenciar que há método mais prático e de menor custo para aquisição de malha tridimensional a ser estudado. No entanto, ficou claro que essa análise não deve ser por uma análise matemática simples e mais fatores devem ser considerados em estudos mais avançados.

Palavras-chave: polissonografia; fotogrametria; apneia do sono.

Autor principal: MARIA LUIZA QUEIROZ SAMPAIO

Coautores: LUCIENY SILVA MARTINS SERRA, CARLA GIOVANNA SILVA BORGES, NATALIA LOMBARDI PESSOA, ANDRÉ LUIZ LOPES SAMPAIO

Instituição: *Universidade Católica de Brasília*

A amicacina causa ototoxicidade irreversível e a detecção precoce desse agravo é considerada uma tarefa difícil. Estudos clínicos dos efeitos da amicacina no homem têm revelado que a droga pode produzir alterações que provocam zumbido, perda auditiva nas frequências altas e manifestações comportamentais. A equivalência anátomo-fisiológica do sistema auditivo periférico de humanos com os camundongos faz com que esse modelo de animal seja rotineiramente empregado em ensaios clínicos, pois contribuem para a prevenção, diagnóstico e tratamento das alterações causadas pelo uso desse fármaco.

Objetivo: Este estudo teve por objetivo verificar a suscetibilidade do modelo Murino Swiss às lesões de células ciliadas externas causadas em virtude do uso do aminoglicosídeo amicacina.

Material e Método: Pesquisa experimental, prospectivo e de intervenção, aprovada pelo CEUA/UnB nº (63/2018). Os animais foram divididos em dois grupos: grupo controle(G1) e Amicacina Ototóxica (G2). O G1 recebeu solução de Cloreto de Sódio(soro) 10mg/kg/dia e o G2 recebeu Amicacina 400mg/kg/dia. As soluções foram ofertadas diariamente via intraperitoneal por 14 dias consecutivos. Foram realizados exames de emissões otoacústicas por produto de distorção nas frequências de 6 à 12kHz no T0 e T14 e estudo histológico das bulas timpânicas. As análises foram realizadas empregando-se o programa Prism®5. Foram consideradas significativas, diferenças com $p < 0,05$.

Resultados: O uso de Amicacina em dose de 400mg/kg/dia por 14 dias consecutivos não ocasionou danos as células ciladas externas e estruturas cocleares no modelo SWISS.

Conclusão: Camundongos Swiss apresentam resistência a ototoxicidade da Amicacina em tratamento na dosagem de 400mg/kg/dia durante 14 dias por via intraperitoneal.

Palavras-chave: amicacina; ototoxicidade; camundongo.

TLSP12

A MELATONINA COMO PREVENÇÃO NA PERDA AUDITIVA RELACIONADA À IDADE NO MODELO MURINO C57BL/6J

Autor principal: MARIA LUIZA QUEIROZ SAMPAIO

Coautores: LUCIENY SILVA MARTINS SERRA, ANDRÉ LUIZ LOPES SAMPAIO

Instituição: *Universidade Católica de Brasília*

Objetivo: O presente estudo teve como objetivo realizar uma análise morfológica e morfométrica das estruturas cocleares de camundongos C57BL/6J recebendo melatonina oral por um período de 12 meses.

Métodos: 32 machos C57BL/6J foram divididos em grupos controle e melatonina. O controle recebeu solução salina e etanol e o grupo melatonina, 50 µl de 10 mg de melatonina/kg/dia por via oral por um período de 12 meses. Após o experimento os animais foram sacrificados em câmara de concentração de 40% de CO₂, e as lâminas foram analisadas morfológicamente e morfometricamente.

Resultados: O grupo melatonina revelou maior densidade mediana de células viáveis ($45 \pm 10,28$ células/100 µm², 31-73, versus $32 \pm 7,47$ células/100 µm², 25-48). A área mediana da estria vascular foi de $55,0 \pm 12,27$ células/100 µm² (38-80) no controle e $59,0 \pm 16,13$ células/100 µm² (40-134) no grupo melatonina. A análise morfométrica do ligamento espiral revela maior mediana de neurônios viáveis totais na melatonina ($41 \pm 7,47$ células/100 µm², 27-60) do que no grupo controle ($31 \pm 5,68$ células/100 µm², 21-44).

Conclusão: Embora a melatonina seja um potente antioxidante, não neutraliza completamente a ocorrência de presbiacusia; no entanto, pode atrasar o aparecimento desta condição.

Palavras-chave: melatonina; presbiacusia; envelhecimento.

Autor principal: MARIA FERNANDA CHAVES DANIELUK

Coautores: ROMUALDO SUZANO LOUZEIRO TIAGO, FELIPE CARVALHO LEÃO, RAPHAEL DE SANTANA SPIRANDELLI, LARA FREIRE BEZERRIL SOARES

Instituição: IAMSPE

Objetivo: O objetivo deste estudo é avaliar os benefícios relacionados ao uso dos corticoides no tratamento adjuvante dos pacientes com abscesso periamigdaliano.

Material e Métodos: Realizado estudo retrospectivo em hospital terciário de pacientes atendidos pelo Serviço de Otorrinolaringologia da Instituição, no período de março de 2018 a fevereiro de 2022. Foram coletados os seguintes dados dos pacientes: sexo, idade, duração da evolução da doença, uso de medicações antes da internação, uso de corticoide durante a internação hospitalar, antibiótico utilizado, volume do abscesso avaliado por tomografia computadorizada, realização de drenagem, volume drenado, contagem de leucócitos (leucograma) na admissão hospitalar e após 48 horas, Proteína C Reativa (PCR) na admissão hospitalar e após 48 horas, sintomas na admissão hospitalar, evolução clínica durante a internação e agente microbiológico isolado.

Resultados: Foram avaliados 90 paciente internados com diagnóstico de abscesso periamigdaliano. Os seguintes parâmetros avaliados não influenciaram no tamanho do abscesso: duração da evolução da doença, uso prévio de anti-inflamatórios, faixa etária, duração da internação (dias) e leucograma na admissão hospitalar e após 48 horas. Nos pacientes que utilizaram corticoide, não foi observada redução estatisticamente significativa da dor, na duração da internação hospitalar e na duração para a aceitação de dieta oral geral ($p=0,490$, $p=0,775$ e $p=0,465$, respectivamente).

Conclusão: A utilização de corticoide como terapia adjuvante nos pacientes com abscesso periamigdalianos não apresenta benefícios com relação ao controle da dor, redução na duração da internação ou na duração para aceitação da dieta oral geral.

Palavras-chave: corticoesteroides; tonsila palatina; abscesso.

AVALIAÇÃO DA RESPOSTA/SOBREVIDA DE PACIENTES COM CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE CABEÇA E PESCOÇO

Autor principal: DANIEL NAVES ARAUJO TEIXEIRA

Coautores: EDUARDO VIEIRA COUTO, FABIO LAU, VANESSA CARVALHO DE OLIVEIRA, LIGIA TRALDI MACEDO, CARMEN SILVIA PASSOS LIMA, CARLOS TAKAHIRO CHONE

Instituição: Hospital das Clínicas da UNICAMP

Objetivo: Analisar descritivamente dados epidemiológicos, patológicos, anatomopatológicos e desfecho, além de estimar a influência do estadiamento, local primário e características anatomopatológicas na sobrevida global e sobrevida livre de doença nos pacientes com carcinoma de células escamosas de cabeça de pescoço (CCECP), submetidos a ressecção cirúrgica como terapia exclusiva.

Métodos: Estudo retrospectivo com base na análise de 102 pacientes com CCECP, submetidos a cirurgia como terapia única, atendidos no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, no período de 2010 a 2019. A análise exploratória de dados através de medidas resumo. Os grupos foram comparados através do teste Qui-Quadrado ou teste de Mann-Whitney. O estimador de Kaplan-Meier foi usado para estimar a sobrevida global e livre de doença. A sobrevida dos grupos foi comparada através do teste de Log-Rank. Os fatores associados ao tempo de óbito e recidiva foram analisados por Regressão de Cox.

Resultados: Foram coletados dados de 102 pacientes. A maioria apresentou estadios I ou II (81,4%). Em relação ao desfecho, 21,6% apresentaram recidiva, 18,6% foram a óbito e 84,3% tiveram resposta completa. Pacientes tabagistas ativos apresentaram menor resposta completa, maior risco de óbito e de recidiva. A invasão perineural também está associada com óbito. O tempo de sobrevida global e livre de doença em 5 anos foi 74,7% e 69,3% respectivamente. O estadiamento e local primário do tumor não alterou significativamente a sobrevida dos pacientes.

Discussão: Tal estudo traz dados epidemiológicos importantes, mostra importância do tabagismo ativo como importante fator de risco para o óbito, recidiva tumoral e na resposta completa após a cirurgia. Pacientes com estadiamento III ou IV e com margens positivas, apresentaram pior resposta ao tratamento, neste caso, ao cirúrgico. As margens positivas também estão relacionadas ao risco de recidiva tumoral. Pacientes com resultado anatomopatológico com invasão perineural mostraram-se com maior risco de óbito, Resultados estes que vão ao encontro da literatura.

Encontramos taxa de resposta completa em 88,2% (estádios I e II conjuntamente), valor que se aproxima da literatura atual. Em comparação com os estádios III e IV, que apresentaram taxa de resposta 64,7%, observamos a importância no diagnóstico precoce na cura da doença. Tal fato mostra também que a cirurgia de forma isolada nos estádios precoces, apresenta excelente taxa de cura. Mostra também sobrevida global e sobrevida livre de doença em 5 anos, semelhante a encontrada na literatura.

O estadiamento (p-valor = 0,300) e local primário do tumor (p-valor = 1,000) não alteraram significativamente a sobrevida dos pacientes, talvez pelo reduzido número da amostra. Tal fato vai contra ao encontrado na literatura, que mostra que o estadio tumoral e o local primário alteram significativamente a sobrevida.

Em nosso estudo, a sobrevida global em 5 anos e a sobrevida livre de doença em 5 anos foi estimada em 74,7% e a sobrevida livre de doença em 5 anos foi estimada em 69,3%. A sobrevida global em 5 anos e a sobrevida livre de doença em 5 anos para os estádios I e II foram de 76,7% e 74,3% respectivamente. Sendo que, a maioria de nossos pacientes se apresentavam em estadio precoce (estádios I e II), tal sobrevida se assemelha a encontrada na literatura.

Conclusão: Apesar das limitações, o presente estudo traz dados epidemiológicos importantes acerca de pacientes com CCECP submetidos a cirurgia Hospital das Clínicas da Unicamp. O estudo mostrou a importância do tabagismo ativo como importante fator de risco para o óbito e a recidiva tumoral, e a ausência dele estava relacionada à resposta completa após a cirurgia.

Encontramos também sobrevida global e sobrevida livre de doença em 5 anos semelhantes a encontrada na literatura. A cirurgia como terapia exclusiva em estádios tumorais precoces, se mostra como importante arma terapêutica nos carcinomas de células escamosas de cabeça de pescoço.

Palavras-chave: câncer de cabeça e pescoço; sobrevida; cirurgia.

PIEZO CIRURGIA VERSUS OSTEOTOMIA CONVENCIONAL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DAS DUAS TÉCNICAS

Autor principal: JOSÉ RILDO FERNANDES DE OLIVEIRA FILHO

Coautores: ALINE OURIQUES FREIRE FERNANDES

Instituição: JRF Cirurgia Plástica Facial

A rinoplastia é uma área da cirurgia plástica facial em constante evolução. O seu principal objetivo é melhorar a estética e a função do nariz, e tem na osteotomia lateral um dos passos fundamentais na plástica nasal. A osteotomia lateral é normalmente realizada para estreitar o dorso nasal ou para fechar um nariz aberto após uma redução do dorso. Naturalmente a recuperação desses procedimentos envolvem equimoses, edema, dor e sangramento. Trauma extenso com lesão dos tecidos moles resulta em complicações pós-operatórias prolongadas, levando a Resultados abaixo do esperado. No intuito de diminuir os índices de complicações, os cirurgiões procuram variar técnicas, torná-las mais simples e reproduzíveis em busca do melhor resultado. O Piezo, instrumento cirúrgico que utiliza vibrações piezoelétricas para cortar tecido ósseo com alto grau de precisão, tem sido utilizado para realização de rinoplastias. Em virtude dos poucos trabalhos na literatura atual, comparando esse novo dispositivo para osteotomia nasal com o método tradicional com cinzel, realizamos uma revisão da literatura para tentar estabelecer as vantagens e desvantagens do procedimento e qual dos dois é o mais indicado para a osteotomia nasal.

Palavras-chave: piezo; osteotomia; rinoplastia.

Autor principal: JOSÉ RILDO FERNANDES DE OLIVEIRA FILHO

Coautores: LEILA FREIRE REGO LIMA, ALINE OURIQUES FREIRE FERNANDES

Instituição: JRF Cirurgia Plástica Facial

A rinoplastia é a cirurgia estética mais realizada na face e o grande desafio para o cirurgião é conseguir o resultado desejado, mantendo a função respiratória do nariz inalterada, visto que a função jamais deve ser prejudicada em virtude da estética. Para os cirurgiões que realizam rinoplastias é essencial o conhecimento da estrutura e função da região da válvula nasal. A área de válvula é uma estrutura complexa, e diferenciada em segmento cartilaginoso e ósseo. O tratamento cirúrgico visando a melhoria da função da válvula nasal não pode seguir uma única referência, cada caso deve ser examinado cuidadosamente no intuito de definir a principal falha a ser corrigida: o ângulo nasolabial estreito, falha na estabilidade da asa, função da válvula nasal interna deficiente, o septo anterior separando assimetricamente as vias aéreas causando obstrução ou falhando no suporte estrutural e funcional ao complexo da cartilagem alar e à sua junção com as cartilagens laterais superiores, a área do scroll. Realizamos um trabalho de revisão bibliográfica avaliando os tipos de insuficiência de válvula nasal, como realizar o diagnóstico, e todo o arsenal de técnicas cirúrgicas que temos para efetuar o tratamento da insuficiência de válvula nasal. Podemos assim orientar os cirurgiões de nariz na prevenção das lesões funcionais em busca de um resultado estético e na escolha do tratamento para as diferentes alterações anatômicas, congênicas ou adquiridas encontradas nestes pacientes.

Palavras-chave: rinoplastia; insuficiência nasal; reparos cirurgicos.

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO USO DO TAPING NA FACE PARA REDUÇÃO DO EDEMA E DA EQUIMOSE NO PÓS-OPERATÓRIO

Autor principal: BRUNA CARLA RODRIGUES DE ANDRADE LARA

Coautores: ANA PAULA CHORNOBAY, FABIO FABRICIO MANIGLIA, MARIA THERESA COSTA RAMOS DE OLIVEIRA PATRIAL

Instituição: Hospital Ipo Curitiba Paraná Brasil

Objetivos: Avaliar se o taping facial é eficaz na redução do edema e da equimose no pós-operatório de rinoplastia primária e qual o grau de satisfação das pacientes com o uso deste material.

Materiais e Métodos: Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Instituição através da autorização nº 47968721.1.0000.5529. Estudo prospectivo, longitudinal, intervencionista e analítico em que pacientes submetidos a rinoplastia primária foram divididos em três grupos. Grupo 1: grupo controle, no qual foi realizado curativo de rotina; Grupo 2: realizado curativo de rotina e aplicado o taping a 10% de tensão; e Grupo 3: realizado curativo de rotina e aplicado taping a 75% de tensão. As pacientes foram fotografadas, responderam os questionários Rhinoplasty Outcome Evaluation (ROE) e Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) e foram submetidas à ultrassonografia facial no pré-operatório e na primeira semana depois da cirurgia. Foi realizada a captura de imagem facial com câmera termográfica uma semana após a cirurgia. Após 30 dias todas as pacientes responderam novamente os questionários ROE e NOSE.

Resultados: Foram recrutadas 14 pacientes do sexo feminino, entre 18 e 40 anos, sendo 3 do Grupo 1 (Controle), 6 do Grupo 2 (taping a 10% de tensão) e 5 do Grupo 3 (taping a 75% de tensão). Em função do pequeno número de casos, não foram aplicados testes estatísticos de comparação e correlação entre os grupos. Apenas uma paciente evoluiu com reação cutânea de hipersensibilidade, sendo necessária a remoção do taping no quarto dia, mas foi mantida no nosso estudo. Todas as pacientes apresentaram pontuações maiores no ROE após a primeira semana, assim como apresentaram piora da obstrução, sendo esta piora mais significativa no Grupo 1. As pacientes dos Grupos 2 e 3 apresentaram uma menor temperatura nas regiões avaliadas pela termografia no pós-operatório em relação ao grupo controle. Todas as pacientes que fizeram uso do taping acreditam que esse material ajudou na contensão do edema e na formação de equimoses. Quanto a satisfação em relação a estética nasal, através do questionário ROE, houve melhora em todos os grupos, sendo ainda mais expressiva ao final do primeiro mês, conforme o que os Resultados demonstraram. O incremento da satisfação quanto a estética nasal foi um pouco menos expressivo no Grupo 2.

Discussão: A realização da rinoplastia vem mudando significativamente ao longo dos anos e os avanços das técnicas cirúrgicas foram possíveis, principalmente, pelo melhor entendimento das estruturas anatômicas e pelos trabalhos de grandes cirurgiões. Assim como todo procedimento cirúrgico, há riscos de complicações relacionadas. Dentre elas, a equimose e o edema que, por serem esperados, são descritos não necessariamente como complicações. Embora temporárias e esperadas, essas alterações geram ansiedade para o paciente, mesmo tendo o cirurgião orientado sobre a evolução favorável ao longo das duas primeiras semanas de pós-operatório.

Conclusão: O taping é uma maneira prática, barata e fácil para auxiliar no processo de recuperação da rinoplastia. Este material pode ter resultado satisfatório na redução do edema e da equimose periorbitários no pós-operatório de rinoplastia primária, além de contribuir para menor obstrução nasal pós-operatória quando aplicado com a tensão de 10% trazendo conforto e satisfação ao paciente. Estudos posteriores são necessários para comprovar seus benefícios de acordo com parâmetros objetivos através de dados estatisticamente significativos.

Palavras-chave: taping; rinoplastia; pós-operatório.

TLSP110 TIREOPLASTIA TIPO-III, RESULTADOS

Autor principal: GUILHERME SIMAS DO AMARAL CATANI

Coautores: BEATRIZ LANZA PAULI, GABRIELA ALVES MARRONI, MANOELA JOAKIMSON FRANCK, MARIA EDUARDA CARVALHO CATANI

Instituição: Instituto Paranaense de Otorrinolaringologia

A insatisfação com a voz é uma queixa comum no dia a dia do consultório de um otorrinolaringologista, sendo a frequência da voz um ponto de incômodo para muitos homens adultos cisgênero que almejam uma voz mais grave. Estes pacientes costumam sofrer de uma disфония funcional, a puberfonia ou falsete mutacional, e relatam a permanência da voz aguda mesmo após a puberdade. Pacientes transgênero masculinos em processo de readequação de gênero também podem apresentar esta queixa, mesmo após a hormonioterapia com testosterona. Quando a fonoterapia e/ou a hormonioterapia não atingem as expectativas do paciente, a tireoplastia tipo III, é um procedimento cirúrgico que pode ser ofertado para reduzir a frequência em que as cordas vocais vibram e alcançar uma voz mais grave, através da ressecção parcial da cartilagem tireoide e aproximação das inserções das cordas vocais.

Objetivos: O presente estudo visa validar a hipótese de que a tireoplastia tipo III atinge seu objetivo e torna a voz do paciente mais grave. Esta técnica foi relatada pela primeira vez por Isshiki & al., em 1974, e consiste na redução do diâmetro ântero posterior da cartilagem tireoide. A ressecção parcial desta cartilagem resulta no relaxamento das cordas vocais e diminuição da tensão sobre elas, tornando a voz mais grave e diminuindo a sua frequência fundamental.

Métodos: Para essa análise será feita a comparação da frequência fundamental da voz e escore obtido no Índice de desvantagem vocal-10 (IDV-10) pré e pós-cirúrgicos dos pacientes do Hospital Instituto Paranaense de Otorrinolaringologia de Curitiba submetidos a tireoplastia de relaxamento por abordagem medial entre 2018 e junho de 2022, totalizando 30 casos de participantes homens cisgênero com diagnóstico de falsete mutacional. Os pacientes foram operados por um único cirurgião, usando a mesma técnica em todos os procedimentos, a fim de possibilitar uma comparação verossímil entre a amostra. Foi utilizado o “teste t de amostras emparelhadas” para a análise estatística.

Resultados: A Fo pré-operatória média na amostra (n=30) era de 179,76 Hz (desvio-padrão de 17,03, erro padrão de 3,11). Quando avaliada após seis meses de procedimento, a Fo média diminuiu para 109,16 Hz (desvio-padrão=6,49, erro-padrão=3,11, $p<0,001$), comprovando a efetividade da cirurgia na redução da Fo da voz. O IDV-10 pré-operatório teve escore médio de 22,87 (desvio-padrão=6,95, erro-padrão=1,268). Quando avaliado após seis meses do procedimento, o escore diminuiu para 4,10 (desvio-padrão=2,31, erro-padrão=0,422, $p<0,001$), mostrando um grande impacto positivo da cirurgia na função da voz dos participantes.

Discussão: Analisando os Resultados, confirma-se a hipótese de que a tireoplastia tipo-III apresenta os Resultados esperados, tornando a voz efetivamente mais grave, pela significativa redução da Fo. O procedimento também mostra atingir as expectativas dos pacientes, melhorando sua qualidade de vida, principalmente no aspecto social, através de uma grande diminuição do escore no questionário IDV-10 pós-cirurgia, um importante parâmetro validado com propriedades psicométricas adequadas de validade, confiabilidade e sensibilidade para promover seu uso na avaliação de indivíduos com disfonias. Com 30 pacientes, o presente estudo, portanto, pode ser considerado um compilado inédito da comparação não só da alteração da Fo pelo processo de tireoplastia tipo III, como também da percepção subjetiva que tal mudança causa na qualidade de vida do participante (IDV-10), comprovando a validade deste procedimento cirúrgico.

Conclusão: A voz desempenha um papel extremamente importante na interação social e na construção da identidade pessoal, logo a insatisfação do paciente com a própria voz tem grande impacto na sua qualidade de vida, afetando diretamente o seu estado de saúde. Os Resultados do estudo comprovam a eficácia da tireoplastia tipo-III na redução da frequência fundamental da voz. Logo este procedimento pode ser indicado para homens cisgênero ou transgênero insatisfeitos com o seu tom de voz, mesmo após a fonoterapia e/ou hormonioterapia com testosterona.

Palavras-chave: tireoplastia tipo III; cirurgia vocal; puberfonia.

TLSP111

EFICÁCIA DE SUBSTÂNCIAS INJETÁVEIS NO TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA GLÓTICA: REVISÃO SISTEMÁTICA

Autor principal: RENATO BATTISTEL SANTANA

Coautores: REGINA HELENA GARCIA MARTINS, JOSÉ PAULO PINOTTI FERREIRA JUNIOR, DÉBORA PEREIRA HENRIQUES, ANTONIO JOSE MARIA CATÂNEO, ISABELLA GONÇALVES PIERRI, ALEXANDRE PALARO BRAGA, NEEMIAS SANTOS CARNEIRO

Instituição: UNESP

Objetivos: Avaliar, por meio de revisão sistemática, os Resultados dos tratamentos da insuficiência glótica com as duas substâncias injetáveis mais utilizadas (ácido hialurônico ou hidroxiapatita).

Métodos: Têm-se como pergunta se as substâncias injetáveis (ácido hialurônico ou hidroxiapatita) são eficazes no tratamento de pacientes com incompetência glótica. Como critérios para inclusão de estudos para esta revisão, estudos que avaliaram a função das pregas vocais antes e após um e seis meses da injeção de substâncias injetáveis (ácido hialurônico ou hidroxiapatita), paciente adultos com atrofia, cicatrizes e paralisia unilateral das pregas vocais com incompetência glótica. A intervenção foi a realização do uso de tratamentos com drogas injetáveis (ácido hialurônico ou hidroxiapatita). Controle foi estabelecido com pacientes adultos com atrofia, cicatrizes e paralisia unilateral das pregas vocais com incompetência glótica, antes da intervenção. Como outcomes foram avaliados a redução da pontuação no questionário de índice de desvantagem vocal, redução dos escores da avaliação perceptivo-auditiva da voz pela escala GRBAS e aumento dos valores do tempo máximo de fonação.

Resultados/Conclusão: Ambas as substâncias injetáveis, hidroxiapatita ou ácido hialurônico, mostraram-se eficazes no tratamento da incompetência glótica.

Palavras-chave: insuficiência glótica; hidroxiapatita; ácido hialurônico.

TLSP112 O “CHIP DA BELEZA” ESTÁ ASSOCIADO À PATOLOGIA DA LARINGE E DA VOZ?

Autor principal: ANDREA MARIA CAMPAGNOLO

Coautores: MICHAEL BENNINGER, JAQUELINE PRINSTON, VINICIUS NICKEL

Instituição: UERJ

Objetivo: Determinar a prevalência de lesões laríngeas no exame de videolaringostroboscopia em cantoras e atrizes usuárias de implante hormonal intradérmico.

Delineamento: Estudo retrospectivo de cantoras e atrizes profissionais que usavam implantes hormonais intradérmicos e consultaram em um ambulatório de otorrinolaringologia para avaliação vocal.

Pacientes e Métodos: Revisão de prontuários de cantoras ou atrizes profissionais que consultaram no ambulatório de otorrinolaringologia do HUPE entre 2017 e 2019. A frequência fundamental foi aferida em todos os pacientes e comparada com as normas históricas, e a prevalência e o caráter das alterações laríngeas identificadas na videoestroboscopia foram avaliados independentemente por 2 laringologistas e descritos.

Resultados: Foram identificadas dez atrizes e cantoras que faziam uso de implante hormonal intradérmico. Todos os pacientes tinham evidência de edema de Reinke e todos tinham escores RSI elevados sugestivos de possível refluxo. Sete pacientes apresentavam lesões nas pregas vocais (5 cistos, 1 nódulo vocal e um pseudocisto). A frequência fundamental média ficou abaixo das normas publicadas (188 Hz em comparação a 212 Hz), mas essas diferenças não foram estatisticamente significativas e podem ser decorrentes das lesões nas pregas vocais, refluxo ou edema de Reinke.

Conclusão: Um impacto específico dos chips de implantes hormonais na frequência fundamental ou patologia vocal não pôde ser identificado neste estudo. Os achados, no entanto, de que todos os pacientes apresentavam edema de Reinke e outras lesões vocais podem sugerir que existe uma relação entre esses implantes e a patologia vocal.

Palavras-chave: chip da beleza; alterações vocais; edema de reinke.

RESULTADOS CIRÚRGICOS E DESEMPENHO CLÍNICO DE UM IMPLANTE OSSEOINTEGRADO TRANSCUTÂNEO ATIVO

Autor principal: JOSE GABRIEL LORA

Coautores: LEONARDO ORDOÑEZ ORDOÑEZ, JORGE ALMARIO, JOSÉ CARABALLO, JORGE CABRERA, SANTIAGO HERNANDEZ, LUIZ RINCÓN, FRANCISCO GONZALEZ

Instituição: Hospital San Rafael

Objetivo: Investigar os Resultados cirúrgicos e desempenho clínico de um sistema de implante osseointegrado ativo com tecnologia piezoelétrica.

Método: Estudo multicêntrico nacional, prospectivo, de medidas repetidas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética sob parecer CEISH0559-2019. Foram incluídos pacientes com perda auditiva condutiva ou mista no ouvido a ser implantado com média quadritonal (MQT4 = média de 0,5, 1, 2 e 4 kHz) de limiares de via óssea para tom puro de até 55 dBNA. Também foram incluídos pacientes com perda auditiva neurosensorial unilateral (PANU) candidatos à cirurgia de implante osseointegrados. Parâmetros cirúrgicos, ganho funcional (GF) e auto-percepção dos benefícios foram avaliados. Os dados cirúrgicos foram registrados em plataforma eletrônica de coleta de dados. O ganho funcional foi obtido comparando-se os limiares audiométricos pré-cirúrgicos sem auxílio, com os limiares pós-cirúrgicos com o sistema implantado, em campo livre com o auto falante posicionado a 0°. Azimuth a 1 metro da cabeça do participante. Os participantes também preencheram o questionário COSI relatando as expectativas e percepções subjetivas de benefício.

Resultados: Entre junho de 2020 e julho de 2022, foram incluídos 380 participantes com idade variando de 5 a 73 anos; 87% adultos, 52% homens, 50% dos dispositivos implantados na orelha direita e 19% bilaterais. A maioria dos pacientes apresentava diagnóstico de perda auditiva condutiva (61%) seguido de perda auditiva mista (24%) e o restante de PANU. Dentre as cirurgias, 13% correspondeu à conversão de outros dispositivos para o piezoelétrico. As cirurgias duraram em média 53 minutos. A espessura média da pele foi de 5,7 mm com apenas 22% de redução de tecido mole e 7% de polimento ósseo. O GF médio em campo livre observado para os casos de PAU foi de 65,4dB. Na perda auditiva condutiva o GF médio obtido foi de 41,2dB e por fim na perda auditiva mista, o GF observado foi de 47,9dB. A compreensão de fala em ruído foi apontada como a questão principal a ser melhorada com o dispositivo e o melhora foi reportada pelos pacientes.

Discussão: Um novo dispositivo transcutâneo ativo de estimulação piezoelétrica foi clinicamente avaliado neste estudo. Resultados clínicos-cirúrgicos coletados durante o período de acompanhamento de 6 meses demonstram que o sistema é seguro e se apresenta como uma excelente opção de reabilitação auditiva. O implante apresenta um perfil baixo, com design fino do atuador piezoelétrico, não requer desbastamento ósseo frequente, e quando necessário, a remoção óssea é mínima em comparação aos outros sistemas transcutâneos ativos, que exigem que o atuador eletromagnético seja recuado. Essa capacidade de colocar o atuador na superfície óssea e design de componente único do implante, permite alguma versatilidade cirúrgica, culminando em uma cirurgia mais simples e rápida. O tempo de cirurgia, embora seja curto, tende a diminuir à medida que os cirurgiões se familiarizam com o procedimento, chegando a casos de 30 minutos de tempo cirúrgico. Os sistemas transcutâneos geralmente resultam em taxas mais baixas de complicações em comparação com os sistemas percutâneos, e isso se refletiu em nossos dados de segurança. Poucas intercorrências foram relatadas sendo as complicações, em sua maioria, consideradas leves. O dispositivo proporcionou uma melhora estatisticamente significativa na comparação dos limiares com e sem o dispositivo, inclusive na região de alta frequência, entre 4000 e 6000 Hz. Vale comentar que nas próteses auditivas implantáveis ou não, não são esperados ganhos acústicos acima de 4000 Hz. No caso do dispositivo de estudo, o ganho observado em alta frequência é proporcionado pela tecnologia piezoelétrica empregada, acompanhada pela maior distância entre o atuador e o processador de som.

Conclusão: Esses Resultados confirmam a segurança clínica, desempenho e benefício de um implante inovador de condução óssea transcutânea ativa usando um design de transdutor piezoelétrico em indivíduos com perda auditiva condutiva, perda auditiva mista ou surdez neurosensorial unilateral

Palavras-chave: perda de audição; condução óssea; aparelhos auditivos implantáveis.

TLSP17

PODE A OTITE MÉDIA CRÔNICA SIMPLES LEVAR A PERDA AUDITIVA NEUROSSENSORIAL?

Autor principal: ANNA PAULA BANKHARDT DA SILVA

Coautores: SYRIACO ATHERINO KOTZIAS, ELISA CORDEIRO NAUCK, PATRICIA RAUBER, LEONARDO ALBINO MEDEIROS, PAULA NIKOLAY, HENRIQUE CARVALHO

Instituição: Hospital Governador Celso Ramos

Objetivos: Avaliar a associação de perda neurossensorial em pacientes com otite média crônica simples unilateral em um hospital terciário. Analisar o perfil dos pacientes incluídos quanto a idade, gênero, comorbidades e cirurgias prévias; identificar a associação da perda neurossensorial nos pacientes registrados com a idade, gênero, comorbidades, medicações de uso contínuo, cirurgias prévias, história familiar; identificar a relação da perda auditiva neurossensorial nos pacientes com otite média crônica simples com a lateralidade da orelha doente, tempo de doença, tamanho da perfuração da membrana timpânica, status da cadeia ossicular, presença de otalgia, otorreia, zumbido, hipoacusia, plenitude auricular e vertigem; avaliar quais as frequências mais acometidas no exame audiométrico pela perda neurossensorial em pacientes com otite média crônica simples.

Métodos: Estudo transversal quantitativo baseado na análise retrospectiva de dados registrados em prontuário eletrônico de pacientes submetidos a cirurgia de timpanoplastia unilateral entre os anos de 1984 a 2019 no Hospital Governador Celso Ramos, Florianópolis. O estudo foi aprovado pelo comitê de Ética do Hospital Governador Celso Ramos em conjunto com a Secretaria do Estado da Saúde, sob o número 54927422.9.0000.5360. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$.

Resultados: Em 172 pacientes avaliados, perda auditiva neurossensorial foi encontrada nas orelhas diagnosticadas com otite média crônica simples em 27,9% em comparação com a orelha contralateral. A maioria era do sexo feminino (59,9%), entre 16 e 25 anos (25,6%), lateralidade da orelha direita (51,7%) e negou cirurgias prévias (68%), história familiar (94,2%), comorbidade (60,4%) e medicações de uso contínuo (63%). Houve associação com a duração da doença, tamanho da perfuração timpânica e otorreia ($p < 0,001$). As variáveis status da cadeia ossicular, otalgia, zumbido e vertigem não obtiveram significância na correlação de otite média crônica simples e perda auditiva neurossensorial. Observada nas frequências médias, onde em 2000Hz a prevalência é de 29,1%, que aumenta com o aumento nas frequências, chegando a 58,7% em 4000Hz.

Discussão: A otite média crônica acomete milhões de pessoas mundialmente. A sua associação com a perda auditiva condutiva é bem estabelecida, contudo, sua relação com a perda auditiva neurossensorial ainda é controversa na literatura. Alguns estudos mostram a ligação dessa patologia com danos na orelha interna. Acreditam que a orelha interna pode ser atingida pela produção de substância deletérias, toxinas bacterianas e toxinas endógenas, que são produzidas durante a otite média. A membrana da janela redonda tem sido sugerida como a via mais confiável de difusão dessas substâncias tóxicas. Os fatores contribuintes na patogênese das alterações da orelha interna são: circulação linfática, hipóxico, degenerativo e alterações funcionais sem alterações anatômicas nas células. Um ou mais desses mecanismos podem estar envolvidos, no entanto, a fisiopatologia exata ainda não é clara. Existe também a questão da privação sensorial pela perda auditiva, essa gerando menos estímulos cerebrais os quais promovem alterações das vias auditivas centrais. Questiona-se a idade mínima para realização do tratamento com timpanoplastia, assunto divergente na literatura, tendo em vista o prejuízo auditivo que a otite média crônica simples pode acarretar. A perda auditiva, que nessa associação, está mais evidente em frequências agudas e médias.

Conclusão: A perda neurossensorial tem associação com a otite média crônica simples e, quanto maior o tempo de duração da doença, pior a progressão, que se inicia nas frequências médias e torna-se ainda mais prevalente nas mais altas. Motivo da importância do tratamento cirúrgico precoce.

Palavras-chave: otite média; perda auditiva; perda auditiva neurossensorial.

TLSP18

RELAÇÃO ENTRE A DEFICIÊNCIA AUDITIVA NÃO REABILITADA E O IMPACTO NO ÍNDICE DE RECONHECIMENTO DE FALA**Autor principal:** ELISA CORDEIRO NAUCK**Coautores:** SYRIACO ATHERINO KOTZIAS, ANNA PAULA BANKHARDT DA SILVA, PATRICIA RAUBER, LEONARDO ALBINO MEDEIROS, PAULA NIKOLAY, HENRIQUE CARVALHO**Instituição:** Hospital Governador Celso Ramos

Objetivos: O objetivo principal deste estudo é avaliar o impacto que a deficiência auditiva reabilitada adequada ou inadequadamente ocasiona sobre o Índice Percentual de Reconhecimento de Fala (IPRF).

De acordo com os dados coletados para o estudo, também é possível avaliar outros fatores que podem impactar no IPRF, como sexo, etiologia e grau da perda auditiva.

Métodos: Estudo de desenho transversal quantitativo retrospectivo com dados coletados de prontuários de pacientes atendidos em consultório otorrinolaringológico. O estudo foi aprovado pelo comitê de Ética do Hospital Governador Celso Ramos/ Secretaria do Estado da Saúde, Florianópolis, Santa Catarina, sob o número 54941222.3.0000.5360.

Os candidatos elegíveis para o estudo são os pacientes com indicação de uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI).

Os critérios de exclusão são os indivíduos que não iniciaram o uso do AASI ou os que adaptaram há menos de 12 meses e os que apresentam perda auditiva decorrente de otite média crônica.

A coleta de dados foi copilada em planilha Microsoft Excel com as seguintes informações: idade, etiologia da perda auditiva, uso adequado ou inadequado do AASI, dados audiométricos da primeira e últimas audiometrias.

Os pacientes então foram separados em dois grupos: grupo com uso regular (adequado) do AASI e com uso irregular (inadequado).

Uso adequado do aparelho auditivo foi considerado quando utilizado conforme orientação médica e por mais de oito horas por dia.

A perda auditiva foi classificada a partir dos dados audiométricos com base no critério da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2014.

Os dados foram analisados de acordo com a relação entre os limiares tonais e Índice Percentual de Discriminação de Fala (IPRF) dentro do mesmo grupo e entre os grupos.

Para análise estatística, foram considerados estatisticamente significativos os Resultados com resultado $p < 0,05$.

Resultados: Participaram do estudo 102 pacientes - cinquenta e oito no grupo regular e quarente e quatro no grupo irregular -, com variação da idade entre 34 e 89 anos e com perda auditiva principalmente por presbiacusia. Ao relacionar o IPRF e os limiares tonais entre os dois grupos, foi observado um valor estatisticamente superior para o grupo com uso regular. O grupo com uso irregular apresentou, entre a primeira e a última audiometrias, um decréscimo significativo dos números estudados. Os limiares tonais entre as duas fases de avaliação apresentaram redução na última audiometria em ambos os grupos. Foi possível, porém, depreender dos dados que a queda nos limiares tonais do grupo com uso regular ocorreu de maneira mais lenta em relação ao grupo com uso irregular.

Discussão: Os Resultados comprovaram que há diferença na tendência de alteração do IPRF em caso de uso regular ou irregular do aparelho de amplificação sonora individual.

Outros estudos atuais também têm demonstrado a tendência de piora na discriminação de fala de pacientes com perda auditiva não reabilitada ou que não fazem uso regular do AASI, fenômeno conhecido como privação sensorial. Estes outros estudos, porém, não apresentam um período padrão para avaliação do tempo necessário para aclimatização – fenômeno referente à melhora do reconhecimento de fala quando realizada reabilitação auditiva adequada. Este presente estudo avaliou apenas participantes com mais de 12 meses de adaptação com AASI, em contrapartida, outros artigos avaliaram Resultados com apenas dois meses de reabilitação.

Conclusão: A perda auditiva não reabilitada comprovadamente culmina na piora do índice de discriminação de fala e, conseqüentemente, leva a implicações aos indivíduos impostos à esta privação.

Assim, a reabilitação auditiva mostra-se como um fator de proteção às alterações no reconhecimento de fala que poderiam culminar em isolamento social, depressão e declínio cognitivo.

Palavras-chave: deficiência auditiva; reabilitação da deficiência auditiva; demência.

TLSP19

ESTUDO DE FOLLOW UP DE PACIENTES COM SURDEZ SÚBITA EM HOSPITAL TERCIÁRIO

Autor principal: RONALDO CAMPOS GRANJEIRO

Coautores: TAYANE OLIVEIRA PIRES, RHAYANE PATRICIA RODRIGUES DE OLIVEIRA, HELGA MOURA KEHRLE, TACIANA SARMENTO CARDOSO DE OLIVEIRA, RENATA DE SOUSA TSCHIEDEL, LUANA SEGATTI DE SÁ

Instituição: Hospital de Base do Distrito Federal

Objetivos: Avaliar a melhora auditiva e a qualidade de vida em esfera laboral e social nos pacientes diagnosticados com surdez súbita de 2014 a 2021 atendidos no Pronto Socorro de Otorrinolaringologia de um hospital terciário do Distrito Federal.

Métodos: Realizou-se o agendamento de 50 pacientes para um follow up após o diagnóstico de perda auditiva neurosensorial súbita com aplicação do protocolo de reavaliação, escala de ansiedade e depressão de Beck. Se queixa de zumbido, foi aplicado o *Tinnitus Handicap Inventory*. Também, fizeram os exames de emissões otoacústicas, audiometria e impedanciometria. Este trabalho foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa com protocolo 46677821.3.0000.8153.

Resultados: Participaram do trabalho 50 pacientes diagnosticados com surdez súbita de 2014 a 2021 no Pronto Socorro de um hospital terciário do Distrito Federal. 46% dos pacientes realizaram tratamento com corticoterapia oral com melhora auditiva em 60,8% pelo critério de Furuhashi e Siegel Modificado. Em 5 casos dos participantes estudados, devido comorbidades que contraindicam o uso da terapia oral, foi indicada corticoterapia intratimpânica e observou-se uma taxa de 60% de melhora auditiva. Em 40% dos participantes foi realizada a associação entre corticoterapia oral e intratimpânica de resgate com bom resultado em 35% dos casos. Dos participantes restantes, 1 não realizou tratamento e 1 foi submetido a cirurgia. 52% tinham score mínimo no questionário de Depressão de Beck e 44% no de Ansiedade de Beck. No questionário THI, 20% era severo e 26% catastrófico.

Discussão: Poucos estudos abordam o impacto que a perda auditiva neurosensorial súbita tem, na qualidade de vida do paciente. Ela é comprometida pelo impacto da vertigem, do zumbido e da dificuldade de senso de direção e de compreensão devido à perda auditiva unilateral. Nesta pesquisa, observamos um escore elevado de depressão e ansiedade em pacientes que permaneceram com hipoacusia após o tratamento. Com a aplicação do THI, este estudo evidenciou o impacto significativo social, laboral e pessoal nos pacientes que persistiram com o zumbido.

Conclusão: É necessário realizar uma abordagem multidisciplinar destes casos pelo impacto social e psicológico deste diagnóstico. É importante um follow-up a longo prazo para seguimento audiológico, da reabilitação auditiva e social tendo em vista o grande impacto desta doença no bem estar e conforto destes pacientes.

Palavras-chave: perda auditiva súbita; qualidade de vida; reabilitação de deficiência auditiva.

QUANTAS MANOBRAS SÃO NECESSÁRIAS PARA O EFETIVO TRATAMENTO DA VPPB DE CANAL POSTERIOR DUCTOLITÍASE

Autor principal: NATALIE EMY YVAMOTO

Coautores: MONICA ALCANTARA DE OLIVEIRA SANTOS, PATRICIA SOARES MONTEMAGNI

Instituição: Departamento de Otorrinolaringologia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Objetivos: Avaliar, prospectivamente e de forma randomizada, o número de manobras de Epley necessárias para tratamento dos pacientes com VPPB de canal posterior (ductolitíase).

Método: Foram coletados 59 pacientes no Departamento de Otorrinolaringologia de Hospital Terciário de São Paulo e randomizados antecipadamente em 4 grupos: Grupo A, B, C, D em que foram realizadas 1,2,3 e 4 manobras por sessão, respectivamente. Após cada manobra, foi questionada a presença de tontura e analisada a presença de nistagmo; no retorno semanal, só considerado melhora completa quando paciente não apresentou queixa de tontura nem nistagmo à manobra de Dix Hallpike.

Resultado: Após análise estatística, observado grupo homogêneo em sexo, idade e lateralidade acometida. Dezenove dos 32 pacientes apresentaram melhora completa de tontura e nistagmo ao fim das manobras no primeiro contato, sendo que desses, 18 (94,34%) pacientes apresentaram melhora completa da VPPB no primeiro retorno ($p=0,051$). Dos pacientes que realizaram 01 manobra por sessão, 81,8% apresentaram melhora completa no primeiro retorno; dos que realizaram 02 manobras, 63,6% apresentaram melhora completa; dos que realizaram 03 manobras, 100% melhoraram completamente no primeiro retorno e dentre os que realizaram 04 manobras por sessão, 90,9% apresentaram melhora de tontura e nistagmo no primeiro retorno ($p>0,05$).

Discussão: Tontura e instabilidade são patologias prevalentes (21% da população) e chega a representar 10,8% das queixas dos pacientes que procuram atendimento em Pronto Socorros de Otorrinolaringologia. Dentre as causas de tontura, a VPPB é a causa mais comum de vertigem periférica (presente em 1,6% a 5% da população geral). Nota-se a importância de estudos para chegar a um consenso sobre o melhor tratamento da VPPB.

Conclusão: A maior taxa de cura não está relacionada com maior número de manobras Epleys realizadas por sessão. Os pacientes que realizaram manobras até cessar tontura e nistagmo apresentaram alta taxa de melhora completa no retorno.

Destaques: O sucesso terapêutico da VPPB não está relacionado ao maior número de manobras.

Os pacientes que realizaram manobras até cessar tontura e nistagmo apresentaram a maior taxa de sucesso terapêutico.

Número de manobras de Epley necessárias para tratamento de VPPB de canal posterior (ductolitíase).

Palavras-chave: vertigem posicional paroxística benigna; tontura; análise de intenção de tratamento.

TLSP24

TRANSMISSÃO SINÁPTICA EM PACIENTES COM TINNITUS TRATADOS COM NIMODIPINA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**Autor principal:** RUBENS DANTAS DA SILVA JUNIOR**Coautores:** PAULA RIBEIRO LOPES, PRISCILA BOGAR, FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR, PEDRO GUEDES PAGLIUSI GARRIDO, MARINA SIMÕES FÁVARO, NATHALIA BASILE MARIOTTI**Instituição:** Centro Universitário FMABC**Objetivo:** Avaliar a transmissão sináptica em estruturas auditivas de tronco encefálico em pacientes portadores de tinnitus subjetivo crônico tratados com nimodipina.

Métodos: Ensaio Clínico Randomizado, triplo-cego, que selecionou 40 pacientes (número próximo ao sugerido pelo cálculo amostral prévio) alocados igual e aleatoriamente em grupo intervenção e controle. Num primeiro momento, foi realizado o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE) com estímulo click de 80 dB para ambas as orelhas e aplicados os questionários *Tinnitus Handicap Inventory* (THI) e Escala Visual Analógica (EVA) para intensidade e incômodo em cada orelha. Foram levantados, com cada participante, os dados demográficos; as características do zumbido; sintomas associados; fatores de melhora ou piora; e antecedentes pessoais. Foi orientado que os participantes tomassem um comprimido por dia durante 30 dias de nimodipina na dose de 30 miligramas ou placebo, que foram previamente manipulados em comprimidos com aparência idêntica e entregue aos participantes. Após este período, num segundo momento, os participantes foram submetidos a um novo PEATE e questionários THI e EVA. A partir dos dados coletados, realizou-se a análise estatística descritiva e comparativa.

Resultados: O estudo contou com a participação de 38 pacientes, sendo 18 alocados no grupo controle e 20 no grupo intervenção, sendo que 2 participantes do grupo controle foram excluídos do estudo devido à descontinuidade da tomada dos comprimidos. A análise descritiva dos dados obtidos no interrogatório foi semelhante entre os grupos, com predomínio de participantes idosos e do sexo feminino. O zumbido foi referido, em sua maioria, como contínuo, “em cigarra”, modulado principalmente pelo ruído ou estresse e geralmente associado à hipoacusia. Grande parte dos participantes apresentava pelo menos uma doença crônica e referia qualidade do sono ruim e consumo exacerbado de xantinas e açúcares na dieta. A análise comparativa da latência das ondas entre os dois exames de PEATE demonstrou diferença significativa para a latência das ondas III e V, com aumento dos valores, somente no grupo intervenção. A análise comparativa dos intervalos interpicos entre os dois exames de PEATE demonstrou diferença significativa para os intervalos I-III e I-V, com aumento dos valores, somente no grupo intervenção. A análise comparativa dos questionários THI e EVA não demonstrou diferença significativa em ambos os grupos.

Discussão: Os Resultados deste estudo permitem supor que a nimodipina, um bloqueador de canais de cálcio específico para o “tipo L”, tem ação na via de processamento auditivo central, atrasando a formação das ondas na topografia do Complexo Olivar Superior, onde se origina a onda III; e no Lemnisco Lateral ou Colículo Inferior, onde se origina a onda V. A razão para o aumento da latência das ondas ainda é incerta, embora possa ser explicada pela diminuição do potencial de ação das células ciliadas e da inibição de neurotransmissores excitatórios como o glutamato. Essas alterações levariam a um atraso na aferência da transmissão sináptica da via auditiva e atuariam na redução da percepção do tinnitus. Estudos prévios sugeriram que a nimodipina apresenta ação neuroprotetora, auxiliando na manutenção da integridade das vias neuronais e periféricas; e otoprotetora, prevenindo injúria às células ciliares e melhorando o fluxo sanguíneo na cóclea. Estudos com doses mais elevadas ou num período mais prolongado podem ser uma alternativa para definir se a nimodipina é eficaz no tratamento do tinnitus. Não foram encontrados estudos prévios que tenham testado o uso da nimodipina em humanos para avaliação do tinnitus de forma objetiva através do PEATE; e subjetiva através do THI e EVA.

Conclusão: Nimodipina na dose de 30 miligramas por dia durante 30 dias em indivíduos portadores de tinnitus subjetivo crônico bilateral tem evidências de alterar a transmissão sináptica em estruturas de tronco encefálico. Em contrapartida, não houve melhora significativa das queixas do zumbido referidas pelos pacientes através dos questionários THI e EVA.

Palavras-chave: tinnitus; nimodipina; potencial evocado auditivo de tronco encefálico.

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO VESTIBULAR DE PACIENTES COM FRATURA TEMPORAL PELO VHIT: RESULTADOS PRELIMINARES

Autor principal: LAURA MARTINS GIRALDI

Coautores: LETICIA AKAZAKI OYAMA, ANA PAULA CHORNOBAY, JESSICA ECHEVERRIA, MARIA ISABEL GUILHEM SANTOS, HENRIQUE FURLAN PAUNA, LISANDRA MEGUMI ARIMA DOS SANTOS, NATALI FARIAS DEZONTINI

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Objetivos: Avaliar a função vestibular de pacientes vítimas de trauma cranioencefálico com fratura do osso temporal pelo *video head impulse test* (vHIT).

Método: Estudo observacional de delineamento transversal. Foram selecionados pacientes com fratura do osso temporal atendidos em um hospital terciário referência de trauma novembro de 2021 a julho de 2022. Foram excluídos os pacientes com diagnóstico prévio de doença vestibular e em uso de medicação supressora vestibular. Foi verificada a presença de sintomas vestibulares e auditivos à beira de leito. Por volta do 30º dia após o trauma, os pacientes foram submetidos ao exame vHIT. A classificação do ganho normal do reflexo vestibulo-ocular (RVO) para canais semicirculares (CSC) laterais foi considerada normal quando $\geq 0,7$ e para verticais $\geq 0,6$. A presença de associação entre alteração no vHIT e o tipo de fratura, envolvimento da cápsula ótica e sintoma de vertigem, foram analisadas pelo teste exato de Fisher. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (CAAE: 48119621.8.0000.0020).

Resultados: Foram incluídos 12 pacientes com fratura do osso temporal. Todos do sexo masculino com idade média de $42,1 \pm 13$ anos. O mecanismo de trauma mais prevalente foi decorrente de queda de bicicleta (41,7%). Em 66,7% dos casos a fratura foi no osso temporal direito, em 16,7% no temporal esquerdo e 16,7% bilateral. Em 83,3% a fratura foi longitudinal, em 8,3% transversal e 8,3% mista. Houve apenas 1 caso de envolvimento de cápsula ótica na fratura. Dentre os 12 pacientes incluídos, apenas 6 (50%) foram submetidos ao exame vHIT. O paciente que apresentou fratura envolvendo a cápsula ótica apresentou hipofunção labiríntica ipsilateral à fratura, com ganho reduzido no canal semicircular anterior, lateral e posterior. A análise da presença de associação entre alterações no exame vHIT com a presença de vertigem, tipo de fratura e envolvimento de cápsula ótica não foi significativa ($p > 0,05$).

Discussão: O vHIT é um teste capaz de identificar as sacadas abertas e encobertas e estudar o ganho do RVO de cada canal semicircular separadamente. Não é do conhecimento dos autores desta pesquisa um estudo prévio publicado que utilize o vHIT como instrumento de aferição de função labiríntica após fratura do osso temporal, o que mostra o ineditismo desta publicação. Estudos mostram que o exame vHIT é mais sensível e específico que o exame à beira de leito *head impulse test* (HIT), chegando à sensibilidade de 90%. Neste estudo, 2 pacientes apresentaram hipofunção labiríntica no vHIT, no entanto, o HIT não se mostrou alterado, o que reforça a aplicabilidade do vHIT nestes casos. Um estudo investigou tontura como consequência de acidentes de trabalho e verificou que 244 (22%) apresentaram vertigem episódica não posicional, com alteração do vHIT em 21,2% dos indivíduos testados. No presente estudo, 1 paciente sofreu acidente de trabalho por queda de nível elevado (9 metros). Até o término do estudo, o paciente, que apresentou diminuição do ganho do RVO, ainda apresentava sintomas vestibulares e estava afastado do trabalho. Outro estudo investigou quadros de tontura em 56 crianças e adolescentes vítimas de concussão através do vHIT. Em nenhum dos indivíduos estudados foi observada hipofunção vestibular, embora alguns apresentassem sintomas vertiginosos. Como limitações deste estudo, os autores apontam o pequeno tamanho amostral. Ressalta-se que estes são Resultados preliminares da pesquisa e que os autores preveem publicações futuras com um maior volume amostral e mais dados que contribuam com a comunidade científica.

Conclusão: A avaliação da função vestibular através do vHIT vem sendo cada vez mais empregada. Salienta-se que embora sejam Resultados preliminares, o presente estudo mostra ineditismo ao investigar a temática através do vHIT em pacientes com fratura do osso temporal.

Palavras-chave: teste do impulso da cabeça; tontura; fraturas cranianas.

DISSOCIAÇÃO ENTRE VHIT E PROVA CALÓRICA: UM MARCADOR DA DOENÇA DE MENIÈRE? - UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Autor principal: JONAS BELCHIOR TAMANINI

Coautores: MARIA GABRIELA BONILHA VALLIM CARBINATTO, GUILHERME PAIVA GABRIEL, RAQUEL MEZZALIRA, GUITA STOLER, CARLOS TAKAHIRO CHONE

Instituição: UNICAMP

Introdução: Até a atualidade, a Doença de Menière ainda é considerada um desafio diagnóstico e terapêutico. De acordo com a Bárány Society, esta condição é caracterizada por: dois ou mais episódios de vertigem espontânea, com duração entre 20 minutos e 12 horas; hipoacusia neurosensorial em baixas e médias frequências na orelha afetada e sintomas otológicos flutuantes (hipoacusia, zumbido e plenitude auricular) na orelha afetada.

Embora o diagnóstico da condição seja clínico, testes que avaliam o reflexo vestibulo-ocular (RVO), como a prova calórica e o vídeo head impulse test (vHIT) são úteis no seguimento dos pacientes. A prova calórica é o teste mais aceito para o estudo da função vestibular periférica. Entretanto, sabe-se que é um teste limitado, pois estimula apenas os canais semicirculares laterais em baixas frequências.

Por outro lado, o vHIT é um exame de rápida execução que avalia os seis canais semicirculares em altas frequências de estímulo, é mais sensível à detecção das sacadas, sobretudo das “sacadas cobertas”, e possibilita maior fidedignidade à medida do RVO, assim como seu registro. Diversos estudos relataram uma dissociação nos achados destes dois exames em pacientes com Doença de Menière, os quais apresentavam respostas alteradas na prova calórica associadas a um vHIT normal. Entretanto, a grande questão é se a dissociação de tais Resultados pode sugerir o diagnóstico da Doença de Menière.

Objetivo: Analisar por meio de revisão sistemática e meta-análise a proporção de pacientes com Doença de Menière que apresentam prova calórica e vHIT alterados e determinar a prevalência da dissociação prova calórica alterada e vHIT normal no diagnóstico da doença de Menière.

Métodos: A busca na literatura foi realizada sem restrição quanto ao período de publicação em plataformas de dados indexados. Foram incluídos artigos que avaliassem pacientes com Doença de Menière que foram submetidos a Prova calórica e ao vHIT. Dois pesquisadores conduziram de forma independente a análise dos artigos, promovendo a seleção e extração de dados, seguindo as recomendações do método PRISMA. Em caso de discordância durante o processo de seleção, um terceiro avaliador foi incluído para análise.

Após extração de dados, o estudo consistiu em duas etapas. Em uma primeira análise, objetivou-se avaliar a prevalência de pacientes com Doença de Menière que apresentavam isoladamente alterações nos exames de prova calórica e vHIT. Por outro lado, em um segundo momento, o objetivo foi avaliar a prevalência da combinação de Resultados destes dois exames, através da combinação de 04 grupos: 1) Prova calórica e vHIT normais; 2) Prova calórica alterada e vHIT normal; 3) Prova calórica e vHIT alterados; 4) Prova calórica normal e vHIT alterado.

Resultados: Foram incluídos 12 artigos de um total de 427 estudos selecionados inicialmente, publicados entre 2014 e 2021, com um total de 708 pacientes avaliados e média de idade de 52,72 anos. A prevalência de pacientes com Doença de Menière com prova calórica alterada foi de 64% (IC95%=57%-71%), enquanto a prevalência de vHIT alterado foi de apenas 28% (IC95%=16%-40%). A prevalência da dissociação prova calórica alterada + vHIT normal foi de 47% (IC95%=37%-57%).

Discussão: A dissociação de Resultados na prova calórica e vHIT pode ser justificada pela anatomofisiologia da crista ampolar, uma vez que as células ciliadas tipo II, de localização periférica, são responsáveis por estímulos de baixas frequências e aceleração e encontram-se seletivamente acometidas em pacientes com Doença de Menière. Desta forma, é possível que a Doença de Menière ocasione um prejuízo no aparato vestibular responsável pelo processamento de respostas de baixa frequência.

Conclusão: O vídeo head-impulse test e a prova calórica consistem em ferramentas valiosas para avaliação vestibular. A dissociação de achados entre estes dois exames em pacientes com Doença de Menière foi mais prevalente nesta meta-análise e pode ser resultado da tonotopia de células ciliares especializadas na crista ampolar, fornecendo uma possibilidade para diagnóstico de pacientes com esta condição otoneurológica.

Palavras-chave: doença de menière; prova calórica; reflexo vestibulo-ocular.

Autor principal: GERALDO DE ASSIS CARVALHO JÚNIOR

Coautores: ANA PAULA MARTINS INÁCIO, BEATRIZ GOMES DALLA JUSTINA, CÁSSIO COUTINHO ARRUDA, EDUARDO CAMPOS FONTES, GABRIEL NOGUEIRA DE RESENDE, LARISSA ESTEFANY MOREIRA DE PAULA, LUCAS SENA WALTER

Instituição: Universidade Federal de São João Del Rei

Objetivo: O presente trabalho visa estabelecer uma visão direcionada acerca do impacto da prática meditativa de mindfulness sobre a condição de zumbido crônico e a relação do paciente com esse quadro, procurando quantificar e correlacionar a adesão à prática com os índices de melhora e percepção do zumbido em diferentes momentos do tratamento.

Metodologia: A metodologia da pesquisa foi baseada no acompanhamento, por meio de uma plataforma online, de um grupo de pacientes recrutados a partir do diagnóstico de zumbido na cidade de São João Del Rei (MG), que recebeu o tratamento durante 8 semanas. Nesse sentido, os critérios de inclusão foram: maioridade, diagnóstico de zumbido crônico, não rítmico, subjetivo, de causa primária e ausência de tratamento concomitante. A incapacidade mental e a história de condição psiquiátrica instável 1 ano antes do início do estudo foram adotadas como critério de exclusão. Foi aplicado o questionário THI (Tinnitus Handicap Inventory), traduzido para a língua portuguesa, antes do início do tratamento, logo após o término do tratamento e dois meses após a terapia com o mindfulness, com o intuito de avaliar as consequências, a curto e longo prazo, dessa prática de atenção plena para o problema de zumbido dos pacientes.

Resultados: O questionário THI leva em consideração os aspectos emocional (o quanto o zumbido se associa a sentimentos de frustração), funcional (o quanto esse quadro limita as atividades do indivíduo) e catastrófico (o quanto o paciente se sente impotente) em relação ao zumbido. Assim, pode-se inferir que quanto maior o somatório final do escore, mais o quadro prejudica a qualidade de vida do paciente. Comparando-se o impacto geral da prática meditativa no zumbido a partir do somatório dos pontos de cada participante, houve uma diminuição da média do escore total dos participantes entre o momento pré-protocolo e imediatamente após, com uma redução na pontuação total média de 11,67 pontos. Além disso, dentro desse mesmo escopo de análise, observa-se uma homogeneização dos dados com a redução do desvio padrão (DP) em 7,28 pontos, passando de 19,73 para 12,45. Ao se analisar as médias das pontuações totais entre os momentos “imediatamente após” e “2 meses após”, tem-se uma elevação dessa média em 1,67 pontos, porém com nova redução no DP em 0,36 pontos, indicando mais homogeneização dos escores. Também foram analisados individualmente os componentes emocional, funcional e catastrófico, observando-se uma maior homogeneidade na pontuação dos participantes no componente emocional.

Discussão: Além da mudança quantitativa percebida pela pontuação obtida no questionário THI, constatou-se, a partir de perguntas subjetivas feitas aos participantes que a prática diária veio a se tornar realidade para alguns, enquanto outros relataram realizar a meditação pontualmente em momentos esporádicos. Nesse contexto, todos os participantes se expressaram de forma muito positiva em relação à experiência que tiveram com a meditação mindfulness. Assim, verifica-se que houve melhora nas mais diferentes configurações. Enquanto alguns relataram administrar melhor seus sentimentos, como irritação, outros disseram ter modificado a relação que possuem com a comida, reduzindo comportamentos de alimentação compulsiva e na questão do zumbido como um todo. Menos ansiedade e mais paciência e autocontrole também foram feedbacks comuns entre as respostas.

Conclusão: Embora não tenha havido grupo controle no estudo, observamos uma mudança significativa no escore do THI antes e após a aplicação do protocolo. Nota-se pequena piora da pontuação após dois meses, o que pode refletir a dificuldade em se manter uma prática habitual de meditação após o fim dos encontros guiados. A percepção subjetiva dos pacientes foi muito positiva, trazendo expectativas positivas de que a prática da meditação mindfulness possa ser uma ferramenta eficaz para o controle do zumbido. A ausência de grupo controle bem como o “n” pequeno torna necessária a realização de outros estudos para real comprovação dos benefícios da meditação mindfulness no zumbido.

Palavras-chave: zumbido; meditação; mindfulness.

TLSP41

FACTORS ASSOCIATED TO LANGUAGE DEVELOPMENT IN CHILDREN WITH PRELINGUAL DEAFNESS

Autor principal: ALICE LANG SILVA

Coautores: ISADORA MARTINS DA SILVA STUMPF, LAURA PROLLA LACROIX, DEBORA MILENE FERREIRA ALVES, BIANCA BRINQUES DA SILVA, ADRIANA LAYBAUER DA SILVEIRA, SADY SELAIMEN DA COSTA, LETICIA PETERSEN SCHMIDT ROSITO

Instituição: *Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

Objective: To explore the characteristics related to better language outcomes in a sample of pediatric patients with prelingual deafness from a public cochlear implant program in southern Brazil.

Methods: retrospective cohort study with children who underwent CI surgery between 2010 and 2020. Data was collected through of interviews and review of medical records. The language development assessment was performed using the MUSS, MAIS and IT-MAIS scales and its results were compared with the ones from a previous study so a Z-score could be calculated to determine if language outcomes were as expected for the time of experience with the CI. To explore association between Z-scores and patients characteristics (clinical, sociodemographic and sociocultural) we initially we used Pearson's correlations coefficient. This approach was followed by multivariable linear regression with stepwise forward selection.

Results: Of the 189 children implanted between 2010-2020, 129 were included in this study. The rate of loss to follow-up in the program was 31.7%. The mean age at first CI surgery was 40.5 (± 16.9) months. Characteristics associated to better language outcomes such as reading habit, exposure to bilingualism and speech therapy were found for this sample.

Conclusion: Further analysis should be conducted to evaluate if the variables that were found in this study confirm their importance for language development in this population.

Palavras-chave: cochlear implant; prelingual deafness; language development disorders.

PREVALENCIA DO PNEUMOCOCO NA ORELHA MEDIA E NA NASOFARINGE DE CRIANÇAS COM OTITE MEDIA AGUDA

Autor principal: DENISE ROTTA RUTTKAY PEREIRA

Coautores: SADY SELAIMEN DA COSTA, MARIANA MOTT, VLADEMIR CANTARELLI, MARIA BEATRIZ ROTTA PEREIRA, MANUEL ANTONIO RUTTKAY PEREIRA

Instituição: UFRGS

Objetivo: Registrar a presença do *S. pneumoniae* na efusão da orelha média (EOM) e na nasofaringe (NF) de crianças com otite média aguda recorrente (OMAR), documentando e analisando diferenças que pudessem ser relacionadas ao emprego de dois diferentes tipos de vacina antipneumocócica (PCV10 e PCV13).

Métodos: Analisaram-se 278 EOM e 139 amostras de NF obtidas de 139 crianças (idades entre 6 meses e 9 anos e 10 meses; mediana de 21 meses) submetidas à miringotomia e à inserção de tubo de ventilação por OMAR, entre junho de 2017 e junho de 2021. Os pacientes não tinham sinais de otite média aguda ou infecção do trato respiratório e não estavam sob antibioticoterapia no momento do procedimento. A aspiração da EOM foi realizada por timpanocentese, utilizando-se um coletor de Alden-Senturia e a amostra da NF foi coletada com swab. Os estudos bacteriológicos foram iniciados menos de 45 minutos após a obtenção do material e uma parte da amostra foi armazenada a - 20°C para análise posterior por PCR. A determinação molecular direta dos sorotipos do pneumococo foi realizada por PCR em tempo real. Análise estatística realizada com os testes de Mann-Whitney (variáveis numéricas) e qui-quadrado ou exato de Fisher (variáveis categóricas) e medida de associação de razão de prevalências em conjunto com intervalo de 95% de confiança e nível de significância de 5%.

Resultados: Cobertura vacinal foi de 77,7% com esquema básico mais dose de reforço e de 22,3% com esquema básico. Nas EOM, o *S. pneumoniae* foi cultivado em 7 (5%) das crianças e detectado por PCR em 52 (37,4%) delas, um aumento de cerca de 7 vezes (IC 95%: 3,5-15,8). Das 52 crianças PCR (+), 30 receberam a PCV10 e 22 receberam a PCV13 (p=0,303). Na NF, o *S. pneumoniae* foi cultivado em 29 (20,09%) das crianças e detectado por PCR em 58 (41,7%) delas, um aumento de duas vezes (IC 95%: 1,37-2,92). Das 58 crianças PCR (+), 39 receberam a PCV10 e 19 receberam a PCV13 (p=0,002). Pneumococo do sorotipo 19A foi o mais encontrado, tanto nas EOM (24 de 52 crianças - 46,1%) como na NF (37 de 58 pacientes - 63,8%). Sorotipo 19A foi mais detectado na EOM e na NF de crianças que receberam a PCV10 (p=0,040 e p=0,035, respectivamente).

Conclusão: O *S. pneumoniae* continua muito prevalente na NF e na orelha média de crianças que desenvolvem otites médias. Em um grupo de crianças brasileiras com OMAR, não se detectou diferença significativa nas taxas de pneumococo encontrados nas EOM de crianças vacinadas com PCV10 ou PCV13, mas a NF daquelas vacinadas com a PCV13 tinham significativamente menos pneumococo. O sorotipo 19A foi o mais prevalente tanto na NF quanto nas EOM, confirmando sua importância como colonizador e causador de doença pneumocócica, embora sua prevalência tenha sido significativamente menor, tanto na NF quanto nas EOM de crianças vacinadas com a PCV13, quando comparadas com aquelas imunizadas com a PCV10. A PCR aumentou, entre duas a sete vezes, a possibilidade de detecção do germe, quando comparado com o exame cultural. A análise da distribuição dos pneumococos e seus sorotipos em diferentes países pode contribuir para, continuamente, estimar o impacto das PCV e a eventual necessidade de modificá-las e aperfeiçoá-las.

Keywords: *Haemophilus influenzae*, middle ear, otitis media, pneumococcal vaccination, *Streptococcus pneumoniae*

Palavras-chave: *Haemophilus influenzae*; middle ear; pneumococcal vaccination.

Autor principal: GUSTAVO BRAZ RASCH

Coautores: LYS MARIA ALLENSTEIN GONDIM, YASMIM BRUSTOLIN LOBO RODRIGUES, GRAZIELLE BOHORA SILVA GONÇALVES, GABRIEL HENRIQUE RISSO, NORTON TASSO JUNIOR

Instituição: UNIVALI

Objetivo: Traçar o panorama da produção do Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva (SASA/UNIVALI) entre 2008 e 2019. Além disso, tem como objetivo específico de atualizar e divulgar os dados epidemiológicos na área, incluindo os dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos de média e alta complexidade, constante no DATASUS e comparar com a produção de Santa Catarina e dos estados da região sul (Paraná e Rio Grande do Sul), tendo em vista os parâmetros obtidos no ano de 2011, em trabalho publicado por SILVA et al. , em que se avaliou média e alta complexidade de procedimentos diagnósticos realizados nas regiões brasileiras, avaliando-se assim, a evolução da PNASa na Região, nesse período.

Métodos: Foi realizado uma pesquisa documental, avaliativa, quantitativa, com base de dados de fonte secundária (DATASUS), realizando-se uma análise estatística descritiva, comparativa, através de tabelas de frequências absolutas e relativas, com os números de exames diagnósticos e terapêuticos de média e alta complexidade em audiologia realizados na região sul.

Resultados: Avaliando separadamente os números apresentados somente na cidade de Itajaí, que equivale aos 52 municípios atendidos no SASA, e os números apresentados na região sul, há um aumento percentual das quantidades de exames solicitados e realizados, tanto de média complexidade quanto de alta complexidade, se compararmos os anos de 2008 a 2019. Em Itajaí-SC, o aumento nas solicitações de exames de média complexidade foi de aproximadamente 206,28%, tendo como base o ano de 2008 e o último ano avaliado sendo 2019. Nota-se também um aumento de 84% nos exames de alta complexidade, entre os anos de 2011 e 2019. Com os números obtidos para o Estado de Santa Catarina, também nota-se um aumento, tanto nos exames de média complexidade, no qual apresenta um aumento em 82,8%, como nos exames de alta complexidade, com um aumento de 59,5%. Nos exames de média complexidade, 99,6% dos exames solicitados foram realizados e 100% dos exames de alta complexidade foram realizados.

Discussão: Observa-se que o resultado de SC não é diferente dos estados: Paraná e Rio Grande do Sul. Os exames de média complexidade solicitados no estado do Paraná tiveram um aumento de 425% entre os anos de 2008 e 2019 e um aumento de 101,4% nos exames de alta complexidade, além do aumento de 225,4% nos exames de média complexidade que foram realizados. E no Estado do Rio Grande do Sul, um aumento nas solicitações de exames de média complexidade em 175% e de 178% nos exames de alta complexidade, além de um aumento de 176,9% nos exames de média complexidade que foram realizados nesse estado.

Conclusão: Conclui-se que houve um aumento nos números de procedimentos, tanto em Itajaí-SC, como nos estados da Região Sul (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), refletindo o aumento da demanda e dos casos de deficiência auditiva na população no decorrer dos anos. Contudo, o aumento populacional não foi proporcional ao aumento da demanda, refletindo ainda mais o aumento dos problemas auditivos na população e uma transição da pirâmide etária (menos jovens e mais idosos), evidenciando-se a importância do SASA, tanto em nível municipal quanto estadual, para os diagnósticos em deficiência auditiva através de um serviço multidisciplinar. Ainda, conclui-se que o Estado de Santa Catarina possui a estrutura necessária, de acordo com o Ministério da Saúde, para suprir a demanda de uma unidade de atenção à saúde auditiva pra cada 1.5 milhão de habitantes. Tendo em vista que os problemas auditivos na população de um modo geral tendem a aumentar, o número de 1.5 milhão deixará de ser o ideal para cada serviço. Com o aumento das demandas em saúde auditiva, será necessário a reavaliação desse número por serviço e até aberturas de novos serviços no estado. Os exames solicitados que são aprovados, são realizados. No entanto, nem sempre esse número de aprovados é o mesmo de pacientes novos que o serviço consegue assistir. Portanto, o serviço se mostrou eficiente, mas não se pode considerar que seja efetivo com atendimentos ainda insuficientes para suprir toda a demanda latente.

Palavras-chave: exames diagnósticos; audiologia; procedimentos.

TLSP31

INCIDÊNCIA E GRAVIDADE DE COVID-19 EM PACIENTES COM RINITE ALÉRGICA EM TRATAMENTO COM IMUNOTERAPIA S**Autor principal:** JULIA GASPAR DE OLIVEIRA SANTOS**Coautores:** LETICIA AKAZAKI OYAMA, CAROLINE FERNANDES RIMOLI, LUCAS DEMETRIO SPARAGA, VITTORIA SENNA DEDAVID**Instituição:** Hospital IPO

Objetivo: Avaliar a taxa de incidência e gravidade do quadro clínico de COVID-19 nos pacientes com RA tratados com imunoterapia sublingual, em comparação aos pacientes com RA que não fazem esse tipo de tratamento.

Materiais e Métodos: Trata-se de uma pesquisa observacional descritiva transversal retrospectiva, realizada através de questionários enviados por e-mail aos pacientes com rinite alérgica em tratamento no Centro de Rinite e Alergia do Hospital Paranaense de Otorrinolaringologia, em Curitiba/Paraná, sobre o período compreendido entre março de 2020 a março de 2021. O período de avaliação desses questionários foi no mês de outubro de 2021. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Paranaense de Otorrinolaringologia através do protocolo nº 47179721.9.0000.5529. Houve obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes. Os Resultados obtidos no estudo foram descritos por frequência e percentual. Para a comparação dos grupos definidos pelo tratamento com imunoterapia sublingual, em relação a variáveis categóricas, foi utilizado o teste exato de Fisher ou o teste de Qui-quadrado.

Resultados: Os questionários foram enviados para 1324 pacientes, com base no cadastro de atendimento do Centro de Rinite e Alergia do Hospital Paranaense de Otorrinolaringologia que continha a palavra “rinite” no campo de diagnóstico do software Clinic, utilizado na instituição. Cento e um pacientes responderam aos questionários. Quatro que faziam uso de imunoterapia há menos de 12 meses foram excluídos, bem como quatro profissionais da área da saúde. A análise apresentada a seguir foi realizada com base nos dados dos 93 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo, sendo 55 tratados com imunoterapia sublingual e 38 não tratados com imunoterapia sublingual.

A avaliação da homogeneidade dos grupos definidos pelo tratamento com imunoterapia sublingual (sim ou não) em relação a variáveis demográficas e clínicas foram realizadas da seguinte maneira: para cada uma das variáveis analisadas, testou-se a hipótese nula de que as distribuições sobre as classificações da variável são iguais para casos tratados com imunoterapia sublingual e casos não tratados com imunoterapia sublingual, versus a hipótese alternativa de que as distribuições são diferentes. Vinte pacientes (36,4%) que não fazem tratamento imunoterápico apresentaram COVID-19 confirmada, contra oito pacientes (21,1%) do grupo de imunoterapia. Porém, esse dado não foi estatisticamente significativo. Quanto à gravidade do quadro, a maior parte dos pacientes dos dois grupos relatou ter tido sintomas leves, dado que igualmente não apresentou significância.

Discussão: A rinite alérgica é uma doença inflamatória mediada pela imunoglobulina E (IgE). Os sintomas ocorrem com a exposição do paciente ao alérgeno. É uma condição amplamente prevalente que resulta em sequelas físicas e morbidades recorrentes (WISE, et al., 2018; ARAUJO, et al., 2016). A amostra pesquisada indicou faixa etária predominante entre 18 e 44 anos, já que menores de idade não foram incluídos no estudo. Eifan et al. (2016) e Sakano et al. (2018) destacam maior prevalência entre crianças, devido a uma resposta hiperativa de linfócitos T helper (Th) 2, que iniciam uma reação sistêmica induzida pelo IgE, reprimindo o sistema imunológico até que esteja maduro. Wise et al (2018) demonstram em seus estudos de base populacional acréscimos na prevalência de RA em adultos nas últimas décadas e que sua prevalência nos Estados Unidos é estimada entre 11% (diagnóstico médico) e 33% (auto relato).

Conclusão: Não houve diferença estatisticamente significativa entre a taxa de incidência e gravidade de COVID-19 nos pacientes com rinite alérgica, tratados com imunoterapia sublingual, em comparação aos pacientes com rinite alérgica que não fazem esse tipo de tratamento.

Palavras-chave: rinite alérgica; imunoterapia sublingual; COVID-19.

TLSP32

AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE DISFUNÇÃO OLFATÓRIA APÓS INFECÇÃO POR COVID-19 E SEUS IMPACTOS**Autor principal:** LARISSA DA SILVA CONCEIÇÃO**Coautores:** JOÃO VICTOR MARIANO DA SILVA, RAFAEL FERRI MARTINS, JULIANA BELLO BARON MAURER**Instituição:** Hospital IPO Curitiba Paraná Brasil

Objetivos: O presente estudo tem como objetivo avaliar a existência ou não de correlação entre o grau de disfunção olfatória e a percepção dos impactos de tal déficit pelo indivíduo acometido.

Métodos: Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 47193821.5.0000.5529. O estudo se baseia na avaliação de pacientes de 18 a 65 anos, com história de infecção por Covid-19 associada a queixa de alteração de olfato iniciada durante fase aguda da doença e mantida após 1 mês do início dos sintomas. Foi considerado critério de inclusão a existência de comprovação de infecção por Covid-19 através de RT-PCR prévio, realizado durante a fase aguda dos sintomas. Foram excluídos pacientes com história de hiposmia pré-existente à infecção por Covid-19, além de indivíduos acometidos por rinossinusite crônica, história de traumatismo cranioencefálico, cirurgia de base de crânio ou doenças neurodegenerativas.

Resultados: Foram incluídos no estudo 20 pacientes com queixa de alteração de olfato persistente, sendo respeitado o tempo mínimo de 1 mês após o quadro agudo da infecção por Covid-19. A faixa etária dos indivíduos participantes variou de 18 a 58 anos, com a média de 40,1 ($\pm$ 11,6) anos. Observa-se que, durante a entrevista, metade dos pacientes (50%) relatou não haver percepção de melhora progressiva desde o quadro agudo e, igual número de pacientes (50%), já havia iniciado algum tratamento para o déficit olfativo sob orientação médica ou não, sendo os tratamentos relatados: treinamento olfatório com substâncias caseiras (15%), treinamento olfatório com 4 odores pré-definidos (25%) e medicamentos (35%). Dentre os que relataram uso de medicamentos, destaca-se o uso de corticoide tópico nasal isoladamente (28,6%), ácido alfa lipóico isoladamente (28,6%) e associação de corticoide tópico nasal e ácido alfa lipóico (42,9%). Demonstra-se que 45% dos participantes relataram situação prévia de exposição a perigo devido ao déficit olfativo, sendo elas, o consumo de alimento impróprio (44,4%), a não percepção de exposição à substância inflamável (22,2%) e a não percepção de objeto próximo em combustão (11,1%), além do consumo de alimento impróprio e não percepção de exposição de exposição à substância inflamável quando relatados pelo mesmo indivíduo (22,2%). Houve relato de hiposmia em todos os pacientes participantes, tendo em vista que tal queixa representou critério de inclusão para o presente estudo, havendo, entretanto, associação com parosmia (30%), fantosmia (50%) e alteração de paladar (75%). Quando solicitados à informarem uma nota em escala unidimensional de 0-10 para sua função olfativa, participantes relataram notas que variaram de 1 a 7, com média 3,7. As notas dadas para o grau de impacto geral percebido variaram de 2 a 10, com média 6,0. Análise estatística com estimativa de coeficiente de correlação de Spearman evidenciou correlação direta entre as notas baixas dadas para o olfato na percepção do paciente e valores mais baixos no escore total do teste olfatório ($p < 0,003$; $r 0,63$).

Discussão: O olfato é um sentido de grande importância na interação do indivíduo com o ambiente que o cerca. Tal sentido permite identificação de situações de perigo, desperta memórias, auxilia a percepção de sabores e desempenha papel importante nas interações interpessoais. De tal forma, prejuízos em tal função possuem grande potencial de impacto na qualidade de vida do ser acometido, podendo, por exemplo, modificar hábitos de dieta, aumentar exposição a situações de risco e gerar sofrimento emocional.

Conclusão: O ano de 2021 foi marcado não só pelo surgimento de novos casos de infecção por Covid-19, mas também pelo reconhecimento de sequelas deixadas pela doença e reabilitação dos pacientes por elas acometidos. Neste contexto, destaca-se a disfunção olfativa, que apesar de ser de curta duração na maior parte das vezes, pode ser duradoura e gerar grande comprometimento na qualidade de vida e na segurança do indivíduo.

Palavras-chave: transtornos de olfato; hiposmia; Covid-19.

TLSP33

REVISITING ORBITAL COMPLICATIONS OF ARS: WHAT CLASSIFICATION HAS THE BEST CLINICAL APPLICABILITY?

Autor principal: MATEUS RODRIGUES SOARES

Coautores: WILMA TEREZINHA ANSELMO LIMA, JEFFERSON PITELLI FONSECA, EDWIN TAMASHIRO, DENNY M GARCIA, ANTONIO AGUSTO VELASCO E CRUZ, FABIANA CARDOSO PEREIRA VALERA

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Objective: This study aims to compare three classifications (Chandler, Mortimore & Wormard, e Velasco e Cruz & Anselmo-Lima), identifying which has the best clinical applicability to evaluate orbital complications of ARS.

Methods: Transversal cohort study. All patients with diagnosis of infectious orbital affection, evaluated at the Clinics Hospital – Medical School of Ribeirão Preto – University of São Paulo from January 1st, 1995 to December 31st, 2020, were initially included. Patients with immunodeficiencies, fungal infections, inflammatory diseases, and those with incomplete medical records or absence of CT scans were excluded. Clinical data and CT scans findings were collected from patients reports. CT scan obtained during admission was prospectively evaluated, assessing which sinuses presented partial or complete opacification at the same side as the orbital complication. We determined a score, grading 1 to partial/complete opacification of the sinus; and 0 normal findings. Patients were then divided in four groups, according to the diagnosis based on CT :

EC (eyelid cellulitis): Chandler I, Mortimore & Wormald 1a; no corresponding in Velasco e Cruz & Anselmo-Lima;

OC (orbital cellulitis): Chandler II, Mortimore & Wormald 2a or 3a, Velasco e Cruz & Anselmo-Lima I;

SA (subperiosteal abscess): Chandler III, Mortimore & Wormald 2b, Velasco e Cruz & Anselmo-Lima II

OA (orbital abscess): Chandler IV, Mortimore & Wormald 3b, Velasco e Cruz & Anselmo-Lima III.

The groups were compared regarding presence of sinus opacification related to the complication, history of previous use of antibiotics, need for hospitalization and/or surgical treatment, duration of antibiotics treatment and presence of further complication / sequelae. Binary logistic regression was used to investigate the need for surgery according to the variates age, sex, and opacified sinus. ROC curve was also employed, and the area under the curve (AUC) was obtained.

Results: From 1081 medical records evaluated, 143 were included and divided in the 4 groups described: EC (56), OC(31), SA(31),OA(25).

There was no significant difference among groups regarding sex ($p = 0.43$) and age ($p = 0.16$).

The sinuses most frequently involved were the ethmoid and maxillary, followed by frontal and sphenoid sinuses. A median number of 2 sinuses were opacified in OA, SA and OC. Most patients with EC did not present opacified sinus.

Total duration of antibiotics treatment was significantly lower in EC compared to the other 3 ($p < 0.0001$), and no difference was seen among OA, SA e OC.

Hospitalization rate was 100 % in OA and OC, 96,8 % in SA and 32,1% in EC, being significantly lower in EC compared to the other 3 ($p < .0001$).

Surgery was performed in 100% of patients in OA; 58,1% in SA; 19,4 % in OC e 12,5 % in EC. There was significant difference in surgery rate among all groups, except OC and EC. Binary logistic regression showed good prediction ($AUC=76.2$) for the need for surgery. Patients with ethmoid involvement are 8.5 times more likely to have surgery compared to other sinuses. Older patients are also more likely to undergo surgery (OR 1.023 for each year of age).

Discussion: Chandler's classification categorized patients according to clinical presentation because CT was not available at the time and consider eyelid involvement and cavernous sinus thrombosis as orbital complications of ARS. Based on CT findings, Mortimore & Wormald's classification excluded cavernous sinus thrombosis, but maintained eyelid cellulitis in the classification, using "pre-septal" terminology for it. The Classification of Velasco Cruz & Anselmo-Lima proposes a simple and clear division based on CT findings and can be applied in first-care scenario. This study confirms low association between EC with ARS, including absence of sinus involvement in vast majority of cases. Also, it shows the importance in the division between the three other conditions (OA, SA and OC), because they differ one from the other.

Conclusions: Velasco Cruz e Anselmo-Lima's classification proved to be valid, simple, and effective for categorizing cases of orbital complications of ARS.

Palavras-chave: orbital complications; acute rhinosinusitis; classification.

TLSP34

CORRELAÇÃO ENTRE MARCADORES INFLAMATÓRIOS AGUDOS E AVALIAÇÃO TARDIA DA FUNÇÃO OLFATÓRIA PÓS-COVID

Autor principal: LETICIA LEAHY

Coautores: SARA THAIS STEFFENS, ÍCARO DE ALMEIDA TOLEDO PIRES, DEBORA EMI SHIBUKAWA, AURENZO GONÇALVES MOCELIN, YASSER JEBABI, ROGERIO HAMERSCHMIDT, MARCO AURÉLIO FORNAZIERI

Instituição: Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Objetivos: Avaliar a relação entre a função olfatória tardia no paciente pós-COVID-19 e marcadores inflamatórios sorológicos na fase aguda.

Métodos: Estudo transversal, analítico e observacional. Recrutou-se 123 pacientes com histórico de hospitalização por COVID-19. Foi realizada a avaliação de disfunção olfatória (DO) através do Teste do Connecticut Chemosensory Clinical Research Center (CCCRC), e revisados dados do prontuário referentes à marcadores sorológicos de inflamação sistêmica em fase aguda – linfócitos, lactato desidrogenase (LDH), ferritina, proteína C reativa (PCR) e D-dímero.

Resultados: O intervalo médio entre início de sintomas de COVID e o teste CCCRC foi de 172 dias. Houve associação significativa entre idade acima de 60 anos e o CCCRC ($p=0,03$). Constatou-se a presença de relação com significância estatística entre valores de LDH aumentados e pior escore no CCCRC ($p=0,049$). Entretanto, a correlação encontrada foi fraca ($r=0,19$). Os demais marcadores avaliados não apresentaram significância estatística quando cruzados com CCCRC. O resultado foi similar no cruzamento entre marcadores inflamatórios séricos e grau de severidade do DO.

Discussão: Na vigência da pandemia pelo COVID 19, a DO tornou-se uma queixa de alta prevalência, levando a importante perda de qualidade de vida para os pacientes. De acordo com Cazzola et al, as células que expressam a enzima conversora de angiotensina 2 - incluindo as células epiteliais nasais - são o alvo de ataque do SARS-CoV-2. O ataque às células desencadeia o aparecimento de uma tempestade inflamatória.¹ É controversa a correlação entre a gravidade da infecção e grau e duração da DO. Apesar de a relação entre pior score olfativo na fase aguda com inflamação sistêmica exacerbada e piores desfechos clínicos ter sido relatada, algumas pesquisas mostraram Resultados contraditórios. Mangia et al. demonstrou pior score olfativo na fase aguda em pacientes com piores desfechos clínicos.² Contudo, Vaira et al não encontraram correlação entre DO e mau prognóstico.³ De maneira similar, Izquierdo-Dominguez et al observou que a frequência de DO foi mais proeminente em casos ambulatoriais sem envolvimento pulmonar.⁴ Com relação aos marcadores inflamatórios sistêmicos, estudos observaram relação entre níveis séricos elevados com as formas mais graves de COVID-19, devido à tempestade de citocinas.^{5,6} A relação de biomarcadores séricos com a maior gravidade da infecção também se mostrou inconstante em pesquisas. Chen et al. constatou nível de PCR maior no grupo grave, porém sem significância estatística.⁷ Metanálise conduzida por Zeng et al. demonstrou níveis séricos de ferritina maiores em pacientes com quadros graves de COVID-19.⁸ Já Izquierdo-Dominguez et al. observou em análise multivariada que hospitalização e aumento em níveis de PCR sérica foram associados com melhor olfação.⁴ Analisando a relação entre marcadores inflamatórios sorológicos na fase aguda e DO, Vaira et al. descreveu que as correlações entre os escores olfativos e níveis séricos de marcadores inflamatórios foram fracos e não significativos.⁹ No presente estudo, apesar da associação estatisticamente significativa entre níveis LDH e o CCCRC, o coeficiente de correlação estimado é baixo, correspondendo a uma fraca correlação. Em cruzamento do LDH com os graus de severidade do CCCRC, não foi encontrada significância estatística. Já os demais marcadores séricos avaliados não apresentaram correlação significativa com o teste psicofísico e não apresentaram associação com os graus de severidade do CCCRC. Os Resultados encontrados neste estudo estão compatíveis com de Vaira et al.⁹ e de Izquierdo-Dominguez et al,⁵ podendo sugerir pouca influência da inflamação sistêmica na mucosa nasal.

Conclusão: O presente estudo sugere não haver relação entre níveis elevados de marcadores séricos -PCR, linfócitos, D-dímero e ferritina - com pior função olfatória tardia no paciente pós-COVID-19. Observa-se correlação de baixo grau entre o LDH e o CCCRC; no entanto, esta associação não se mostrou relevante quando correlacionada com o grau de severidade do DO.

Palavras-chave: coronavírus; disfunção olfatória; marcadores inflamatórios.

COMPARISON AMONG THREE BRANDS OF BUDESONIDE IN THE TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS

Autor principal: LUCAS BISSACOTT MATHIAS

Instituição: Universidade Estadual de Londrina

Objective: To compare the efficacy of topical nasal budesonide brands available in Brazil in the treatment of allergic rhinitis (AR).

Methods: An open label, randomized clinical trial was conducted, involving patients with a confirmed diagnosis of AR. Fifty-seven individuals were randomized into three groups. Each group underwent a 30-day treatment cycle with one of the three brands of topical nasal budesonide currently available in Brazil: Budecort Acqua® (brand-name), Busonid® (brand-name) and Noex® (generic). Each patient was submitted to olfactory function tests (University of Pennsylvania Smell Identification Test, UPSIT), nasal obstruction questionnaire (Nose Obstruction Symptom Rating Scale, NOSE), Peak Nasal Inspiratory Flow (PNIF) and the Rhinitis Control Assessment Test (RCAT) before and after treatment. The results were analyzed using Analysis of Variance ANOVA (complemented by Tukey's test) and Kruskal-Wallis, for comparison purposes among the three groups.

Results: Nineteen patients received Budecort Acqua, 19 Busonid and 19 Noex. Of the 57 randomized patients, 50 returned for data collection after 30 days of treatment. The number of dropouts was not statistically significant among the groups ($p=0.13$). All tests UPSIT, PNIF, NOSE and RCAT, significantly improved after 30 days of intervention in the three groups studied ($p<0.01$). None of the tests showed a statistically significant difference when compared among the groups, both pre and post-treatment values, in both ITT and PP data analyses, UPSIT ($p=0.24$ and $p=0.26$), PNIF ($p=0.83$ and $p=0.79$), NOSE ($p=0.74$ and $p=0.58$) and RCAT ($p=0.23$ and $p=0.14$). No serious adverse effects were reported in any of the three groups analyzed by the present study.

Discussion: The effects of different brands of budesonide on olfactory function and the symptoms and quality of life of patients with AR were similar. We did not find any significant difference on the scores of the questionnaires applied on this study. Due to the requirements of ANVISA on the brand and generic medications, we can assume that the overall effects of these drugs are clinically the same, despite the differences in the composition of the drugs.

Conclusions: This study showed that the generic form of nasal budesonide and two corresponding brand drugs have similar efficacy in the treatment of AR. Further trials are required to compare the efficacy and safety of generic and brand-name drugs on a long-term basis.

Palavras-chave: allergic rhinitis; corticosteroids; clinical trial.

Autor principal: LAURA MARTINS GIRALDI

Coautores: ENRICO GUIDO OLIVEIRA MINNITI, ROBERTO HYCZY RIBEIRO FILHO, RICARDO RABELLO FERREIRA, MARCO CESAR JORGE DOS SANTOS

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Objetivos: Verificar a presença de alterações tomográficas nos seios paranasais de pacientes diagnosticados com Covid-19 e avaliar a presença de associação entre sintomas olfatórios e o acometimento destes seios.

Método: Trata-se de um estudo observacional de delineamento transversal que analisou a tomografia computadorizada de nariz e seios paranasais (TCSPN) de pacientes com COVID-19 quanto a presença de espessamento mucoso nos seios paranasais. Foram incluídos pacientes que realizaram o exame de RT-PCR para detecção de infecção por COVID-19 (SARS-CoV-2) e TCSPN no período de março de 2020 a março de 2021. Foram excluídos pacientes com história de cirurgia nasossinusal prévia, trauma de face recente, idade inferior a 18 anos ou com informações incompletas em prontuário.

Resultados: Foram incluídos 65 indivíduos, dos quais 28 foram diagnosticados com COVID-19. Na análise tomográfica, foi observada presença de associação entre a infecção por Covid-19 e espessamento mucoso de seio maxilar bilateral ($p=0,038$) e espessamento mucoso do seio etmoidal bilateral ($p=0,005$). Não foi encontrada associação significativa entre o espessamento mucoso dos seios esfenoidal e frontal com a infecção pelo vírus. A queixa de disfunção olfatória foi relatada por 20% dos pacientes, não havendo associação com alterações tomográficas ou infecção por COVID-19.

Discussão: O SARS-CoV-2 possui um tropismo celular pela enzima conversora de angiotensina-2 (ECA2) e utiliza esta enzima como receptor em seu mecanismo de entrada nas células. Foi observado, por meio de análise imunohistoquímica, uma alta expressão desta enzima no epitélio olfatório. Em nosso estudo, foi encontrada uma associação significativa entre o resultado positivo para SARS-CoV-2 e a presença de espessamento mucoso nos seios maxilar e etmoidal. A lesão viral que ocorre no epitélio olfatório devido ao tropismo celular do SARS-CoV-2 pode justificar o edema mucoso presente nas células etmoidais. Consequentemente, este edema da mucosa pode acarretar o bloqueio do meato médio e resultar na alteração da fisiologia de drenagem do seio maxilar e este também se tornar edemaciado. Quanto à análise tomográfica dos pacientes que possuíam disfunção olfatória e Covid-19, não foi encontrada associação significativa entre as alterações tomográficas e a queixa de disfunção olfatória no presente estudo. Estudos prévios com TCSPN em pacientes com anosmia também não encontraram alterações tomográficas significativas, assim como os exames de tomografia de pacientes com disfunção olfatória não encontraram relação com sinusite.

Conclusão: A infecção pelo vírus causador da COVID-19 possivelmente causa uma lesão na mucosa das células etmoidais devido ao processo inflamatório decorrente da infecção viral. A lesão da mucosa dos seios etmoidais pode ocasionar alteração na fisiologia de drenagem dos seios maxilares devido ao bloqueio do meato médio – local de drenagem do seio maxilar – e acarretar o edema da mucosa deste seio. Esta alteração na mucosa dos seios etmoidais também pode ser a causa dos distúrbios olfatórios apresentados pelos pacientes, assim como pode causar as lesões no nervo olfatório.

Palavras-chave: Covid-19; seios paranasais; tomografia.

TLSP37

ALCOHOL SNIFF TEST (AST): FERRAMENTA PARA TRIAGEM DE CASOS SUSPEITOS DE COVID 19**Autor principal:** DOMENICO SEABRA MODESTO**Coautores:** HUGO MACHADO SILVA NETO, FELIPE CARVALHO LEÃO, JOSE ARRUDA MENDES NETO, FABIO AKIRA SUZUKI**Instituição:** Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual**Objetivo:** Avaliar a eficácia do Alcohol Sniff Test como preditor da infecção por SARSCoV2 em pacientes com síndrome gripal.**Métodos:** Foi realizado um estudo observacional transversal entre os meses de setembro a dezembro de 2020 nos funcionários de um hospital terciário que apresentaram síndrome gripal leve. Um total de 103 indivíduos participaram do estudo, sendo esses divididos em três grupos: síndrome gripal e teste RT-PCR positivo para COVID 19; síndrome gripal e teste RT-PCR negativo para COVID 19 e um grupo controle assintomático. Todos os pacientes foram submetidos à avaliação olfatória através do Alcohol Sniff Test.**Resultados:** Dos 103 indivíduos estudados, 35 (33,98 %) apresentavam sintomas gripais e RT-PCR positivo, 38 (36,89%) apresentavam sintomas gripais e RT-PCR negativo e 30 (29,12%) eram assintomáticos. A média geral da distância do teste AST foi $10 \pm 8,2$ cm. Houve uma diferença estatisticamente significativa entre a média da distância dos grupos COVID + ($4,35 \pm 4,1$ cm) e do grupo controle ($20 \pm 4,3$ cm) ($p < 0,05$). Esta relação também se manteve entre os grupos COVID + ($4,35$ cm) e COVID – ($9\text{cm} \pm 7,5$) ($p < 0,05$). Para um cut-off de 10cm, o AST apresentou sensibilidade de 88% e especificidade de 41%, levando à um Odds-Ratio de 9,7 (CI 95% 3,3 – 28,1) ($p < 0,001$).**Conclusão:** O Alcohol Sniff Test apresentou sensibilidade e odds ratio elevados para triagem de COVID-19 em pacientes com síndrome gripal leve, no contexto de pandemia.**Palavras-chave:** coronavirus infections; COVID-19; olfaction disorders.

A PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE POLIPOSE NASAL É UM BOM MARCADOR DA INFLAMAÇÃO TIPO 2?

Autor principal: NATASHA CAROLINE CRISTINA SANTANA DE AGUIAR

Coautores: LORENA CARVALHO DOS SANTOS, ARMANDO LAVIGNE DE LEMOS VELOSO, MATHEUS MARTINES GOMES, MARISE DA PENHA COSTA MARQUES, CLAUDIA VALETE, FABIANA CHAGAS DA CRUZ, PRISCILA NOVAES FERRAILOLO

Instituição: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

Objetivo: Identificar a associação entre a presença ou ausência de polipose nasal e o perfil de inflamação do tipo 2.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal retrospectivo de pacientes a partir de 18 anos com diagnóstico de rinossinusite crônica acompanhados no serviço de Otorrinolaringologia de um hospital universitário. Os pacientes foram submetidos a uma avaliação clínica e laboratorial que incluiu endoscopia nasal, prova de função pulmonar com prova broncodilatadora, hemograma, dosagem sérica de IgE total e IgE específicas para aeroalérgenos e para enterotoxinas estafilocócicas. Os pacientes foram divididos em dois grupos baseados na endoscopia nasal: grupo 1 (com polipose) e grupo 2 (sem polipose). A caracterização da resposta imune do tipo 2 foi definida em relação a contagem de eosinófilos no sangue periférico > 250 células/ μ L, IgE total > 100 UI/mL, sensibilização a aeroalérgenos e enterotoxinas estafilocócicas ou presença de asma.

Resultados: Foram incluídos 160 pacientes com rinossinusite crônica (RSC), sendo 137 com polipose (RSCcPN) e 23 sem polipose (RSCsPN). 56% eram do sexo feminino e a idade média foi 60 anos. A prevalência de asma foi de 89,4%, maior em pacientes com RSCsPN (70,59%) do que naqueles com RSCcPN (57,14%) ($p=0,3$). A sensibilidade a algum aeroalérgeno foi de 66,9%, maior nos pacientes com RSCsPN (66,67%) do que naqueles com RSCcPN (42,11%) ($p=0,1$). A prevalência de pacientes com eosinófilos > 250 células/ μ L foi de 69,54%, maior em pacientes com RSCcPN (70,77%) do que naqueles com RSCsPN (61,90%) ($p=0,41$). A mediana da eosinofilia sérica foi de 390 células/ μ L, maior em pacientes com RSCcPN (423,5 células/ μ L) do que naqueles com RSCsPN (310 células/ μ L) ($p=0,03$). A prevalência de pacientes com IgE > 100 UI/mL foi 55,74%, maior em pacientes com RSCcPN (56,88%) do que naqueles com RSCsPN (46,15%). A mediana da dosagem de IgE sérica foi de 154 UI/mL, sendo de 158 UI/mL em pacientes com RSCcPN e de 50 UI/mL em pacientes com RSCsPN ($p=0,1$).

Discussão: Khan et al. (2019) mostrou que a prevalência de asma foi de 91,3% em paciente RSCcPN e de 73% em paciente com RSCsPN. No presente estudo, a prevalência de asma foi maior em pacientes sem polipose nasal divergindo da literatura, na qual asma é mais frequente naqueles com polipose nasal. Tan et al. (2011) evidenciaram que a taxa geral de positividade do teste cutâneo a um ou mais aeroalérgenos foi de 85% em pacientes com RSCcPN e de 79,4% naqueles com RSCsPNS, o que vai de encontro aos dados encontrados em nosso estudo. Vickery et al. (2019) encontraram colonização da cavidade nasal por *Staphylococcus aureus* em 64% de pacientes com RSCcPNS, em 33% de pacientes com RSCsPNS e em 20% de controles saudáveis. Nossos dados são, portanto, concordantes com a literatura, apesar de poucos pacientes terem sido testados. Ganti et al. (2020) observaram que pacientes com RSC e eosinofilia apresentavam prevalência maior de polipose nasal (66,7%) do que aqueles sem eosinofilia (35%), também com relevância estatística ($p < 0,01$, em concordância com nosso estudo. Delemarre T et al. (2020) demonstraram a presença da resposta inflamatória T2 em 49% dos pacientes com RSCsPNS analisados.

Conclusão: Não houve relação entre as classificações fenotípica e endotípica, pois tanto pacientes com e sem polipose apresentaram marcadores de resposta inflamatória do tipo 2.

ANÁLISE COMPARATIVA DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BULBO OLFATÓRIO DE INDIVÍDUOS COM ANOSMIA PÓS-COVID

Autor principal: INAÊ MATTOSO COMPAGNONI

Coautores: FABIANA CARDOSO PEREIRA VALERA, WILMA TEREZINHA ANSELMO LIMA, ANTONIO CARLOS DOS SANTOS, EDWIN TAMASHIRO, MARCEL MENON MIYAKE, MARCO AURÉLIO FORNAZIERI, GUILHERME HENRIQUE MITIKAMI FENOLIO

Instituição: Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto

Objetivo: Avaliar a região do bulbo olfatório por meio de ressonância magnética em indivíduos com persistência de alterações olfatórias pós infecção por COVID-19 comprovadas com o teste Connecticut Chemosensory Clinical Research Center (CCCRC) validado para o Brasil e comparar os Resultados com indivíduos que não tiveram a infecção e apresentam a olfação normal.

Método: Trata-se de um estudo observacional retrospectivo de pacientes que participaram da coorte de nome “Anosmia súbita: estudo comparativo da intensidade e evolução em pacientes com infecção aguda pelo SARS-Cov2 e outros vírus respiratórios”, aprovada pelo CEP (Comitê de ética e Pesquisa) do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto número CAAE 31058620.4.10015440. Os indivíduos desse estudo realizaram teste CCCRC no diagnóstico de COVID-19, com 30 e 60 dias. 17 permaneceram com algum grau de hiposmia ou anosmia foram submetidos, após 6 meses do início dos sintomas, à ressonância magnética (RM) de bulbo olfatório e endoscopia nasal.

O grupo controle é formado por 42 indivíduos de 18-65 anos, sem queixas olfatórias e que realizaram RM de encéfalo antes do ano de 2020. A análise da RM foi realizada com medida volumétrica em mm³ do bulbo olfatório direito e esquerdo em cortes coronais, axiais e sagitais, com ponderação FLAIR e analisados por 2 examinadores independentes. O volume do bulbo olfatório foi comparado entre os dois grupos (anosmia pós-COVID vs. sem alteração olfatória) por testes não pareados paramétricos. Ainda, comparamos o volume do bulbo olfatório entre os pacientes de acordo o grau de alteração olfatória, no grupo pós-COVID.

Resultados: Apresentamos aqui os dados preliminares do presente estudo.

Dos 202 pacientes da coorte, 17 mantiveram algum grau de deficiência olfatória. Desses, 14 mantiveram hiposmia moderada, severa ou anosmia e 3 hiposmia leve. A idade média foi 44.9 (±7.4) com predominância do sexo feminino com 64.7 %.

O grupo controle foi formado por 42 indivíduos, todos sem queixa olfatória. A idade média foi 40.3 anos (±13.7) e neste grupo a predominância do sexo masculino com 52,4%. Não houve diferença significativa na análise de sexo e idade entre os grupos. Nenhum paciente do grupo de estudo ou controle apresentava doenças demenciais, genéticas ou outras conhecidas relacionadas a distúrbios do olfato ou atrofia do bulbo olfatório.

No comparativo dos bulbos olfatórios, consideramos os dois, esquerdo e direito, totalizando então um N de 84 no grupo controle e 34 no estudo. No grupo de estudo, a média do bulbo olfatório foi de 53,6 ± 28,3mm³, variando de 20,4 a 139,7mm³. Já no grupo de estudo a média foi 43,8 ± 16,7mm³, variando de 18,4 a 90,8mm³. Houve diferença significativa entre os dois grupos (p = 0,0225).

Quando comparado o VBO dentro do grupo controle, dividindo-os em dois grupos (hiposmia moderada + hiposmia grave + anosmia) e comparando com hiposmia leve, não se observou significância estatística.

Discussão: Diferente das infecções por outros vírus respiratórios, as disfunções olfatórias associadas à infecção por COVID-19 parecem particular. Enquanto nas outras infecções virais, a disfunção está associada à rinorreia ou obstrução nasal, na infecção por COVID-19 muitas vezes o sintoma vem isolado, sugerindo ser decorrente de uma disfunção do neuroepitélio. Essa particularidade foi muito evidente principalmente nas primeiras cepas de SARS-CoV-2, momento de coleta dos dados do presente estudo. Poucos estudos avaliaram a persistência de queixa olfatória nos pacientes pós-COVID a longo prazo, e um número ainda menor deles utilizou testes olfatórios para confirmar a queixa do paciente.

Evidenciamos atrofia do VBO em pacientes com alterações do olfato persistente após COVID em comparação à população sem queixas olfatórias. No entanto, o volume do bulbo olfatório não teve correlação direta com o grau de perda olfatória na nossa coorte, achado que pode ser justificado pelo pequeno N amostral nessa análise.

Conclusão: Tais Resultados sugerem que a infecção por COVID-19 está relacionada a alterações no bulbo olfatório que podem justificar as queixas olfativas persistentes dos indivíduos infectados.

Palavras-chave: anosmia; COVID-19; bulbo olfatório.

TLSP310

IMPACTO DO USO DA SOLUÇÃO COM XILITOL APÓS SEPTOPLASTIA ASSOCIADA À TURBINECTOMIA INFERIOR BILATERAL**Autor principal:** BÁRBARA CAROLINA MIGUEL JORGE**Coautores:** RAFAEL PESSOA PORPINO DIAS, FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR, PAULA RIBEIRO LOPES, JOSE RONALDO DE SOUZA FILHO, NATHALIA BASILE MARIOTTI, RUBENS DANTAS DA SILVA JUNIOR, MARIANE ARAUJO GUERRA**Instituição:** Faculdade de Medicina do ABC

Objetivos: O xilitol é um carboidrato simples com propriedades antibacterianas e anti-inflamatórias. Estas características justificam seu uso reduzir risco de infecções e inflamações em pacientes no período pós operatório de cirurgias nasossinusais. O estudo pretende avaliar o impacto do uso da solução de xilitol no período pós-operatório de septoplastia e turbinectomia inferior. O objetivo consiste em avaliar se o uso da solução é capaz de reduzir o desconforto do paciente nos primeiros 30 dias de pós op.

Métodos: O presente estudo é um ensaio clínico randomizado com cegamento triplo. Serão selecionados 60 participantes maiores de 18 anos no ambulatório de Otorrinolaringologia de um hospital terciário da região do ABC. Os pacientes serão divididos aleatoriamente em grupo controle (grupo B) e grupo experimental (grupo A), sendo que controle 30 pacientes que irão receber o tratamento com soro caseiro por 30 dias - a solução é preparada pelo paciente, sendo 500mL de água mineral filtrada e fervida com 8g de sal iodado e 8g de bicarbonato de sódio. O grupo experimental 30 pacientes que irão receber o tratamento com solução de xilitol a 5% - a solução é preparada pelo paciente, sendo 500mL de água mineral filtrada e fervida com 25g de xilitol. Em seguida, os pacientes responderão ao questionário sobre a qualidade de vida, utilizando o Sino-Nasal Outcome Test-22 e sobre a sensação de obstrução nasal e rinorréia, utilizando a Escala Visual Analógica (EVA). Após a cirurgia, os pacientes deverão lavar com 20ml em cada narina quatro vezes ao dia por 30 dias. Esses pacientes foram reavaliados na primeira e quarta semana no período de pós op., sendo avaliada a cavidade nasal por endoscópio rígido, com gravação do exame, que foi interpretada por três avaliadores experientes na área, que não souberam a qual grupo os pacientes pertencem, utilizando uma escala endoscópica para pontuação e graduação mais objetiva de cada caso; além disso, foram coletadas respostas dos questionários SNOT-22 e EVA.

Resultados: A coleta de dados dos pacientes que foram selecionados até o momento atual durou 5 meses (Fev-Julho/2022), sendo dos 47 participantes, somente 26 estão incluídos no resultado final. A análise dos Resultados foi feita a partir do uso do teste "t" de Student. Considerando-se o valor de "p" significativo para aquele menor que 0,05. Em análise do SNOT dos grupos, o grupo A apresentou $p=0,088$ (SNOT pré op. VS 7º pós op.), $p=0,02$ (SNOT pré op. VS 30º pós op.) e $p=0,23$ (SNOT 7º VS 30º pós op.); o grupo B apresentou $p=0,40$ (SNOT pré op. VS 7º pós op.), $p=0,016$ (SNOT pré op. VS 30º pós op.) e $p=0,03$ (SNOT 7º VS 30º pós op.). Analisando-se as avaliações endoscópicas nasais, a partir das somas dos critérios avaliados no 7º e 30º pós op. pelos avaliadores, foram obtidas médias e desvios padrão (DP). A partir das médias foram feitas comparações entre os grupos. No 7º pós op., o grupo A (média=3,7, DP=1,08) e o grupo B (média=4,51, DP=0,89) apresentaram $p=0,028$ na comparação. No 30º pós op., o grupo A (média=2,66, DP=1,15) e o grupo B (média=2,72, DP=1,06) apresentaram $p=0,44$ na comparação.

Discussão: A partir dos Resultados obtidos na análise do SNOT dos grupos, ambos apresentaram melhora do SNOT comparando pré e pós op., contudo o grupo A já apresentou melhora a partir do 7º pós op., enquanto o grupo B apenas após o 30º. Comparando-se as respostas do SNOT no pré op., 7º e 30º entre os grupos não houve diferença estatística. Quanto à avaliação endoscópica nasal, o grupo A apresentou melhor resposta visual intra nasal no 7º pós op., enquanto que no 30º pós op. não foi encontrada diferença estatística entre os grupos. A partir desses Resultados, conclui-se que o grupo A correspondente à lavagem nasal com xilitol a 5% apresenta melhor resposta clínica e endoscópica pós operatória de forma mais breve.

Conclusão: É possível concluir que a lavagem com solução contendo xilitol a 5% no pós operatório de septoplastia com turbinectomia inferior bilateral promove melhora mais rápida no aspecto intra nasal visualizado através da endoscopia nasal, bem como na qualidade de vida avaliada através da escala de SNOT.

Palavras-chave: septoplastia e turbinectomia inferior; xilitol; obstrução nasal.

TLSP311 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA APÓS SEPTOPLASTIA

Autor principal: CAROLINA PONTES LIMA

Coautores: ANA LUIZA DE BORTOLI DE PAULA, ELOA LUMI MIRANDA, THAÍS MOTTA JUSTO, ANA TAISE DE OLIVEIRA MEURER, ALDO EDEN CASSOL STAMM

Instituição: *Edmundo Vasconcelos*

O desvio de septo nasal é uma alteração anatômica muito prevalente na população sendo uma importante causa de obstrução nasal, o que pode impactar na qualidade de vida das pessoas.

Objetivo: Avaliar o impacto da septoplastia na qualidade de vida de pacientes com obstrução nasal e desvio de septo nasal.

Material e Método: Estudo prospectivo. Foram avaliados pacientes submetidos a septoplastia que responderam ao questionário NOSE no pré-operatório, 2 meses após a cirurgia e 6 anos após a cirurgia. Avaliamos a melhora na pontuação total, a magnitude do efeito da septoplastia na qualidade de vida doença-específica e a correlação entre a pontuação pré-operatória e pós-operatória.

Resultados: Vinte e seis pacientes foram incluídos no estudo. A média de idade da amostra foi de 33,7 anos. Houve melhora estatisticamente significativa entre a pontuação pré-operatória, após 2 meses e após 6 anos.

Conclusão: A septoplastia resultou em melhora na qualidade de vida em adultos com desvio de septo e obstrução nasal.

Palavras-chave: septoplastia; desvio do septo; qualidade de vida.

TLSP312 **DISTÚRBIO DO OLFATO E O ENVELHECIMENTO**

Autor principal: WILKER ANTUNES LIRA

Instituição: Faculdade de Medicina de Marília

Objetivos: Pesquisar a prevalência das alterações de olfato e suas associações em pacientes acima de 40 anos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília.

Métodos: Trata-se de dados preliminares de algumas variáveis de um estudo transversal, onde os pacientes foram divididos em dois grupos: um grupo com pacientes de 60 anos ou mais e outro com indivíduos de 40 a 59 anos. Eles foram submetidos a um questionário geral e teste olfatório upsit.

Resultados: Houve predomínio do sexo feminino. No grupo I, 18 pacientes (90%) relataram ter olfato normal e no grupo II 32 (88%) não reportaram alteração do olfato. Entretanto, o teste mostrou presença de alteração de 85% no grupo I e de 66,6% no grupo II. A razão de risco de prevalência (RRP) foi de 2,83 (IC 95% 0,6-18), a taxa de prevalência foi de 1,29 e a prevalência nesta amostra foi de 73,21%. Observou-se que 72,22% do grupo 2 não recebeu diagnóstico em algum momento desde o início da pandemia da COVID-19. Ansiedade e/ou depressão e a Hipertensão Arterial Sistêmica, foram as comorbidades mais prevalentes nos grupos 1 e 2, respectivamente. O IMC apresentou-se elevado em 79,16% no grupo 1 e 77,77% no grupo 2.

Discussão: Apesar do predomínio do sexo feminino, a literatura evidencia maior prevalência do sexo masculino. A prevalência de deficiência olfativa com base na autoavaliação é menor do que com base na avaliação olfativa através de testes objetivos. Apesar da prevalência encontrada em publicações disponíveis ser menor que a encontrada até o momento neste estudo – 73,21% - é importante ressaltar, porém, que a prevalência de deficiência olfativa com base em testes olfativos varia entre estudos, possivelmente, devido a diferenças na população examinada e o tipo de teste olfativo. Estudos recentes mostraram que diabetes, hipertensão e obesidade possuem prevalência significativamente alta nos indivíduos com disfunção olfativa.

Conclusão: É necessário aguardar o término da coleta dos dados desta pesquisa para maiores informações. Contudo, os Resultados encontrados até o momento estão ao encontro do que é evidenciado na literatura internacional. Apesar das limitações do desenho deste estudo, mas, dada escassez de conhecimento na literatura nacional e a importância da compreensão da prevalência do déficit olfativo e suas correlações, este estudo pode trazer contribuições relevantes.

Palavras-chave: olfato; envelhecimento; hiposmia.

TLSP313 ESTUDO ANÁTOMO-RADIOLOGICO DO PROCESSO UNCINADO: UMA QUEBRA DE PARADIGMA

Autor principal: BEATRIZ LUIZA DE COSTA REMOR

Coautores: MARIA HELENA SALGADO DELAMAIN PUPO NOGUEIRA, ANA TAISE DE OLIVEIRA MEURER, CAROLINA PONTES LIMA, RAINER GUILHERME HAETINGER, ALDO EDEN CASSOL STAMM

Instituição: Hospital Edmundo Vasconcelos

Objetivo: Determinar radiologicamente as variações anatômicas da região superior do processo uncinado.

Métodos: Este é um estudo transversal em que os sujeitos da pesquisa são crânios. Foram obtidas tomografias computadorizadas (CT) de seios paranasais de cada crânio. E, após, foi analisado, no plano coronal, os diferentes locais de correlação anatômica da região superior do processo uncinado bilateralmente de anterior para posterior.

Resultados: Ao analisar Tomografias Computadorizadas, o PU apresentou fixações na lâmina papirácea, corneto médio, base do crânio e septo interfrontal. Observou-se que a órbita foi o local em que a fixação superior foi mais comum. Quando analisado o número de fixações em cada lado, os crânios apresentavam desde uma única fixação até cinco fixações simultâneas do mesmo lado.

Discussão: O PU é o mais importante e constante marco no complexo osteomeatal do meato médio, que é a área chave para a cirurgia endoscópica funcional dos seios paranasais. E dentre as estruturas ósseas que delimitam o recesso do seio frontal, a fixação superior do PU é o mais importante. A classificação da fixação superior do PU originalmente sugerida por Stammberger e Hawke, que avaliou CTs com cortes grossos, descreveu 3 possíveis fixações superiores, considerando que o PU se insere em um único ponto. O processo uncinado faz parte do osso etmoide e, portanto, não existe uma inserção no osso etmoide e sim variação de Apresentação anatômica e suas relações com outras estruturas do próprio etmoide. Sendo assim o PU pode se relacionar com a lâmina papirácea, corneto médio e base do crânio anterior, além de outras já descritas.

Conclusão: O processo uncinado é parte do osso etmoide e existem múltiplas variações da anatomia da sua região superior no próprio osso etmoide e, portanto, não há aplicabilidade em classificá-las.

Palavras-chave: processo uncinado; osso etmoide; uncinado.



PÔSTERES

CORPO ESTRANHO EM HIPOFARINGE: EXTRUSÃO TARDIA DE PRÓTESE PÓS ARTRODESE DE COLUNA CERVICAL

Autor principal: SOFIA FONTES DE OLIVA COSTA

Coautores: RAFAEL DE CASTRO DA SILVA, DANIEL NAVES ARAUJO TEIXEIRA, EDUARDO VIEIRA COUTO

Instituição: UNICAMP

Apresentação do caso: Paciente, masculino, 56 anos, com queixa de disfagia, odinofagia e disфонia progressivas há 5 anos. Há 1 mês evoluindo com piora das queixas previamente relatadas e surgimento de queixa de dispneia. Há 1 semana apresentando tosse frequente com eliminação de rajas de sangue, queixa de dispneia sem estridor ou dessaturação, pior ao decúbito dorsal. Passado médico de procedimento para Artrodese de Coluna Cervical de C3-C7, em hospital externo há 5 anos. Ao chegar ao nosso serviço, foi submetido à exame nasofibroscopia com fibra ótica flexível em ambulatório, onde foi observada a presença de corpo estranho plástico ovalado aderido à parede posterior da hipofaringe, se insinuando sobre a região supraglótica, causando obstrução parcial do ádito da laringe. Tomografia de Crânio e Pescoço confirmou a extrusão do Cage (prótese intervertebral utilizada no procedimento) utilizando entre C3-C4. Após avaliação da equipe da Neurocirurgia e Radiologia, foi autorizada a retirada de corpo estranho. Foi optada pela realização da retirada do corpo estranho em um ambiente controlado de Centro Cirúrgico. Foi programado procedimento de tentativa inicial com paciente sob sedação leve, utilizando laringoscópio e Pinça McGill. Caso paciente não tolerasse sedação, estávamos prontos para realizar traqueostomia e proceder com laringoscopia direta com ótica de Laringe de 0°. No entanto, a remoção do corpo estranho foi bem sucedida com plano inicial. Após um dia da retirada, paciente queixava-se apenas de dor local discreta, porém referindo melhora completa de disfagia, disфонia e dispneia. Foi realizada Laringoscopia indireta com ótica de 70° que evidenciou erosão em parede posterior da hipofaringe, onde o corpo estranho se encontrava aderido. No retorno após 20 dias do procedimento, negava quaisquer queixas referentes, e laringoscopia realizada com ótica de 70° evidenciava ausência de fistulas ou lesões na topografia onde de onde foi removido corpo estranho.

Discussão do Caso: Dentre os diagnósticos diferenciais de obstrução de via aérea, a presença de corpos estranhos em vias aerodigestivas é um dos diagnósticos diferenciais. Normalmente tende se manifestar de forma aguda após a aspiração, porém a sintomatologia depende da topografia onde os corpos estranhos se alojam (Rafanan & Mehta, 2001).

O tratamento de doenças da coluna espinhal apresentou grandes evoluções desde os primeiros procedimentos relatados no início do século XIX. Uma revisão sistemática da literatura realizada por Yee et. al. versa a respeito das complicações de cirurgias de coluna cervical por abordagem anterior. A complicação mais comum relatada foi disfagia (5,3%). A falha no enxerto (2,1%) foi descrita de uma forma geral incluindo, entre outras causas de falha, a sua migração para faringe ou outras regiões do trato aerodigestivo, com apenas 5 relatos de caso encontrados.

Neste caso clínico, a sintomatologia inicial do paciente foi de disfagia progressiva, que se manifestou tardiamente após recuperação de uma complicação de cirurgia de coluna cervical por abordagem anterior, e em seguida na evolução apresentou outros sintomas de obstrução de via aerodigestiva, como disфонia e dipneia, à medida que a prótese se anteriorizava na hipofaringe em em direção ao ádito da laringe. Até onde sabemos este é o único caso relatado na literatura em que a prótese extruída ainda se encontrava presa à parede da hipofaringe, sem comportando como corpo estranho obstrutivo de via aerodigestiva, com necessidade de remoção.

Comentários finais: Até o nosso conhecimento, esse é o primeiro estudo em que a presença de peça utilizadas para enxerto de cirurgias de coluna cervical por abordagem anterior, conhecida como cage, tenha se manifestado como corpo estranho em via aerodigestiva, com necessidade de remoção. Este relato de caso se faz relevante diante da raridade desta complicação, de maneira que a manifestação e o manejo podem acrescentar na prática de futuros casos semelhantes.

Palavras-chave: corpo estranho; via aerea; artrodese de coluna cervical.

Autor principal: GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA

Coautores: LAURO JOAO LOBO ALCANTARA, JOSE LUIZ PIRES JUNIOR, JOANA LUÍZA ZIMMER, ALINE FAYAD SANCHES, MILENA SAYURI OTSUKI, BRUNA PUPO, LUCAS CORREIA PORTES

Instituição: Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná

Apresentação do caso: Paciente masculino, 39 anos de idade, encaminhado para o serviço de Otorrinolaringologia para avaliação de abscesso intraoral. Referiu que, há 15 dias, realizou procedimento cirúrgico em arcada dentária inferior à esquerda e que, há 7 dias, iniciou com edema doloroso de região sublingual ipsilateral associada a abaulamento cervical anterior. Relatou sensação de globus faríngeo, sialorréia, hiperemia, episódio de febre não aferida e que não estava conseguindo se alimentar adequadamente. Exames laboratoriais realizados em Unidade de Pronto Atendimento evidenciaram leucócitos de 24.670 mm^3 e presença de $9\%/\text{mm}^3$ de bastões. Iniciado Ceftriaxona e Clindamicina. Paciente usuário de crack, cocaína e álcool, porém refere que não fazia uso das substâncias desde procedimento dentário. Nega comorbidades, alergias medicamentosas e não fazia uso de medicamentos contínuos. Ao exame físico, encontrava-se ansioso, em bom estado geral, lúcido e orientado em tempo e espaço, mucosa oral e facial levemente hipocoradas, anictérico. Saturação de oxigênio em ar ambiente de 96%. Na oroscopia: secreção purulenta fétida por toda cavidade oral, presença de rânula em região sublingual bilateral, maior à esquerda, associado a abscesso palpável e doloroso em região submandibular esquerda. Região de pescoço apresentava edema bilateral importante. Rinoscopia e otoscopia sem particularidades. Durante consulta, paciente precisou cuspir constantemente secreção purulenta. Solicitada tomografia computadorizada de face e pescoço em que foi evidenciado abscesso intraoral e optado por drenagem da lesão através de enucleação em centro cirúrgico.

Discussão: Rânula, ou também chamada de mucocelo, refere-se a uma lesão relacionada à retenção de saliva, localizada principalmente no assoalho bucal, que acomete glândulas salivares. Pode ser formada por conta de trauma local ou obstrução dos ductos glandulares. Durante a evolução da doença, há acúmulo de mucina o que pode levar a edema. Geralmente, é indolor, porém pode evoluir com abscesso se em vigência de processo infeccioso. Para o diagnóstico, leva-se em conta a clínica do paciente e o profissional pode lançar mão de exames como ultrassonografia e tomografia computadorizada para avaliar a extensão da lesão. O tratamento envolve controle sintomático e, em caso de abscessos, deve ser realizada a drenagem cirúrgica. Em casos recidivantes, pode-se optar pela retirada total da glândula.

Comentários finais: Para realizar o correto diagnóstico de patologias intraorais, tanto para o médico otorrinolaringologista, quanto para o profissional buco-maxilo-facial, é essencial correlacionar os sintomas do paciente com a história coletada na anamnese, bem como realizar exame físico adequado e solicitar exames complementares de modo a afastar causas malignas. No caso das rânulas, pode-se lançar mão de linhas conservadoras de tratamento, porém realizar a enucleação da lesão com a glândula bucal afetada é considerada, a longo prazo, a técnica com menor chance de recidiva.

Palavras-chave: rânula; abscesso; drenagem.

Autor principal: GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA

Coautores: RAFAELA MABILE FERREIRA DOS SANTOS SOBREIRO, DENISE BRAGA RIBAS, IGOR MATHEUS ARAUJO DUARTE, JOANA LUÍZA ZIMMER, PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA, BRUNA PUPO, LUCAS CORREIA PORTES

Instituição: Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná

Apresentação do caso: Paciente feminina, 21 anos de idade, encaminhada pela Unidade de Pronto Atendimento ao serviço de Otorrinolaringologia por apresentar odinofagia, há 10 dias, pior a direita, após quadro de infecção de vias aéreas superiores, associado a tosse, rinorreia hialina anterior e posterior e episódio de febre não aferida. Refere disfagia intensa e incapacidade para ingestão de alimentos sólidos e líquidos há 4 dias. Relata que fez uso de Benzetacil e Nimesulida sem melhora dos sintomas. Possui calendário vacinal atualizado, em uso de Ciclo 21 como método contraceptivo e Maxapran para tratamento de ansiedade. Nega outras comorbidades, alergia medicamentosa e cirurgias prévias de cabeça e pescoço. Ao exame físico, paciente em regular estado geral, normocorada e hidratada, oroscopia apresentando hipertrofia e hiperemia importantes de amígdalas com presença de placas purulentas bilateralmente. Ponto necrótico em amígdala a direita e vesículas avermelhadas em toda cavidade oral, incluindo gengivais. Presença de linfonodomegalia cervical de aproximadamente 1,5 cm, móvel, doloroso a palpação, bordos bem delimitados e ausência de sinais flogísticos. Otoscopia com membranas timpânicas íntegras e translúcidas bilateralmente, rinoscopia apresentando septo centrado, mucosas pálidas, hipertrofia de cornetos inferiores bilateralmente e secreção hialina em fossas nasais. Solicitado internamento da paciente para realização de antibioticoterapia endovenosa e controle sintomático. Paciente evoluiu bem com melhora da algia, febre e hipertrofia amigdalina e com boa aceitação alimentar. Recebeu alta hospitalar no 5º dia de internamento com Metronidazol, gargarejo com água oxigenada e orientações acerca da higiene oral.

Discussão: A Angina de Plaut-Vincent, também chamada de Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda, é causada pela relação patogênica das bactérias *Fusobacterium plautvincenti* e *Spirochaeta dentium* quando presentes de forma concomitante na cavidade oral do paciente. Tais patógenos estão presentes de forma natural em mucosa oral dos seres humanos, porém fatores de risco como má higiene oral, tabagismo, má nutrição, estresse físico ou emocional e imunossupressão nos casos de pacientes HIV positivos ou com Lúpus Eritematoso Sistêmico, contribuem para o processo infeccioso. O diagnóstico leva em conta os sinais e sintomas apresentados, principalmente a unilateralidade das lesões em amígdala e presença de lesões gengivais podem estar associadas, não havendo necessidade de exames de imagem. O tratamento consiste em uso de antibióticos via parenteral como Penicilina, uso de Metronidazol e orientações quanto a melhora da higiene oral.

Comentários finais: Levando em conta que a Angina de Plaut-Vincent acomete preferencialmente adolescentes e jovens adultos, é importante para o médico otorrinolaringologista que se faça a correta identificação das lesões e o diagnóstico de forma precoce para início da terapia medicamentosa. Patologias como câncer de amígdala, leucemia aguda e mononucleose, por exemplo, são consideradas diagnósticos diferenciais e devem ser afastadas.

Palavras-chave: angina de Plaut-Vincent; lesões úlcero-necróticas; higiene bucal.

Autor principal: CAMILA ALVES COSTA SILVA

Coautores: VIVIAN BENAION TABASNIK, SUSAN BALACIANO TABASNIK, MARCOS VINICIUS CHAGAS SOUSA, LUZIANA DE LIMA RAMALHO, FILIPE AUGUSTO NASCIMENTO LEMOS, LARISSA CORDEIRO MOSTACEDO LASCANO, MARCELO COSTA SILVA

Instituição: *Policlínica de Botafogo*

Apresentação do caso: Homem, 62 anos, com história de disfagia para alimentos sólidos há 6 meses, perda ponderal e ressecamento bucal. Ao exame físico, apresentava-se emagrecido, hipocorado, com queilite angular e glossite. Testes laboratoriais revelaram anemia e ferro sérico diminuído (Hemoglobina 7,6g/dL / Hematócrito 22,8% / Ferro Sérico 23,64mg/dL / Índice de saturação de transferrina 3%). Ao exame endoscópico evidenciou-se anel fibroso há 20 cm da arcada dentária superior, com estenose parcial e sinais endoscópicos de atrofia gástrica, cuja biopsia evidenciou esofagite crônica moderada, paraqueratose, bipergranulose e acantose. Radiografia contrastada do esôfago, evidenciou estreitamento em seguimento superior. Após avaliação, concluímos pelo diagnóstico da Síndrome de Plummer-Vinson, também conhecida como disfagia sideropênica ou Síndrome de Paterson-Kelly. O paciente apresentou melhora dos sintomas após dilatação esofágica e reposição de ferro oral.

Discussão: A síndrome de Plummer-Vinson, também conhecida como síndrome de Paterson-Kelly ou disfagia sideropênica, é conhecida pela presença da tríade clássica de disfagia cervical, anemia ferropriva e membrana no esôfago superior, podendo estar associada a glossite atrófica e queilite angular. Sua frequência é maior em caucasianos e em norte-europeus, acometendo principalmente mulheres na faixa etária de 40 a 70 anos de idade, sendo também descrita em crianças e adolescentes. A patogênese da doença ainda é obscura, mas, provavelmente, a anemia ferropriva, predisposição genética, desnutrição, doenças autoimunes e os fatores ambientais participam de sua etnogênese.

A ferropenia crônica pode determinar atrofia da mucosa do trato digestivo, ocasionando aumento na ocorrência de traumatismos e ulcerações dessa mucosa, predispondo a formação de membranas e consequentemente a redução da propulsão do bolo alimentar pelo músculo cricofaríngeo e incoordenação da musculatura lisa esofágica. A disfagia usualmente não é acompanhada de odinofagia e pode ser intermitente ou progressiva ao longo dos anos, limitada aos sólidos e, ocasionalmente, associada à perda de peso.

A síndrome de Plummer é facilmente tratada com reposição de ferro e dilatações esofágicas realizadas com dilatador de Savary-Gilliard, com diâmetro de até 17 mm. A reposição de ferro pode ser realizada por via oral e parenteral. A reposição com ferro por via oral é eficaz no tratamento da maioria dos pacientes com anemia ferropriva.

Apesar de rara, a síndrome de Plummer-Vinson deve sempre ser hipótese de diagnóstico diferencial em pacientes com disfagia. O prognóstico é excelente, podendo ser tratado efetivamente com reposição de ferro e dilatação mecânica. Contudo, vários autores associam a síndrome ao surgimento de carcinoma de células escamosas de cavidade oral, hipofaringe e esôfago. Exames minuciosos e periódicos de caráter anual, como a endoscopia digestiva alta, são cruciais para um diagnóstico precoce de evolução maligna e um prognóstico favorável para estes pacientes.

Segundo a literatura demonstra, o paciente se encaixou na faixa etária descrita, porém era homem e negro, sendo que essa síndrome é mais encontrada em mulheres e caucasianos. O mesmo apresentava a tríade clássica diagnóstica, com disfagia cervical, membrana esofágica e anemia ferropriva, com a presença de glossite, queilite angular e sinais clínicos de anemia. A endoscopia digestiva alta foi realizada, evidenciando a presença de membrana esofágica, além da confirmação laboratorial da anemia. Diante disso, foi tomada como conduta principal a reposição de ferro e a dilatação esofágica para a resolução da anemia e da disfagia alta.

Comentários finais: Mesmo rara, a Síndrome de Plummer-Vinson necessita ser lembrada durante a formulação de hipóteses diagnósticas dos pacientes com quadro de disfagia. Diante da sua singularidade e pouca divulgação, fica evidente a necessidade da disseminação do conhecimento desta patologia, incluindo seu diagnóstico e tratamento, pois os mesmos são simples e causam um impacto positivo na qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: síndrome de Plummer-Vinson; disfagia; anemia.

IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NAS RESSECÇÕES DE LESÕES MALIGNAS DE CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL

Autor principal: GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA

Coautores: IAN SELONKE, CYBELLE ENTA DO PRADO, LETÍCIA OLIVEIRA DE MENEZES, JOANA LUÍZA ZIMMER, BRUNO CERON HARTMANN, BRUNA PUPO, DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH

Instituição: Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná

Objetivo: Descrever análise quantitativa realizada acerca do número de internações em leitos do Sistema Único de Saúde brasileiro referente a ressecção de lesão maligna de região de crânio e bucomaxilofacial entre os anos de 2013 a 2021 e o impacto da pandemia da COVID-19 nos procedimentos.

Métodos: Estudo descritivo transversal de abordagem quantitativa referente à ocupação dos leitos otorrinolaringológicos do Sistema Único de Saúde decorrentes de procedimentos cirúrgicos de ressecção de lesão maligna de região do crânio e bucomaxilofacial no Brasil, durante os anos de 2013 a 2021. Os dados relativos às internações foram coletados do sistema Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) TabWin e, posteriormente, foram tabulados no programa Excel 2013.

Resultado: No período estabelecido, foram realizadas 11.616 internações em leitos do Sistema Único de Saúde para ressecção de lesão maligna de região do crânio e região bucomaxilofacial no Brasil. A média total entre os anos foi de 1291 procedimentos realizados aproximadamente e a mediana teve o valor de 1270. O ano de 2019 apresentou o maior número de ressecções, 1863, e tal valor, em relação ao total de procedimentos, representa aproximadamente 16%. Em contrapartida, no ano seguinte, 2020, houve queda de 45%, totalizando redução de 846 casos em 1 ano. Houve crescimento no número de ressecção de lesão maligna no período de 2016 até 2019: aumento de aproximadamente 52% entre os anos de 2015 e 2016, totalizando 447 novos casos e, de 2016 para 2017, aumento de 370 casos, representando acréscimo de 28%. Em relação ao período de 2020 e 2021, houve aumento de 253 novas internações, representando 25%.

Discussão: Lesões malignas de região de cabeça e pescoço são identificadas de maneira tardia, na maioria dos casos, de modo que o tumor já se encontra em estágio avançado no momento do diagnóstico. Isso acontece principalmente pela sintomatologia insidiosa e inespecífica do tumor, bem como em função da anatomia complexa do local. Dependendo da região acometida, a lesão pode se estender por regiões críticas da face, como é o caso dos tumores malignos das cavidades nasossinusais. Os exames de tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética auxiliam no diagnóstico e prognóstico da doença, uma vez que evidenciam a extensão da lesão. O tratamento cirúrgico é indicado visando a ressecção da neoplasia. Com base nos dados analisados, a principal hipótese para a redução de quase 50% das cirurgias para retirada de lesões malignas de região de crânio e bucomaxilofacial, no período de 2019 para 2020, se deve em função das restrições impostas pela pandemia da COVID-19. Percebe-se que, em 2021, o número de internações está sendo retomado aos poucos após estabilização dos casos da COVID-19. Estudos futuros são necessários para melhor compreensão dos fatores que contribuíram para o aumento significativo do número de internações entre os anos de 2016 a 2019.

Conclusão: A pandemia da COVID-19 impôs muitas restrições e fez com que muitos hospitais tivessem que readaptar os serviços prestados à população, principalmente no que diz respeito a cirurgias eletivas e de caráter não emergencial. Estudos epidemiológicos de análise quantitativa são importantes para demonstrar, em números, o impacto da pandemia nos procedimentos cirúrgicos e como isso pode afetar, a longo prazo, a saúde do paciente e a formação do profissional médico otorrinolaringologista. Apesar da redução na quantidade de internações para ressecção maligna em região de crânio e bucomaxilofacial em parte do período analisado, espera-se uma retomada gradual nos próximos anos.

Palavras-chave: neoplasias de cabeça e pescoço; Sistema Único de Saúde; COVID-19.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES SUS PARA DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO E FARINGEO DE 2016 A 2021

Autor principal: DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH

Coautores: VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA, GILBERTO DA FONTOURA REY BERGONSE, LETÍCIA OLIVEIRA DE MENEZES, JOANA LUÍZA ZIMMER, BRUNO CERON HARTMANN, BRUNA PUPO, VICTÓRIA CENCI GUARIENTI

Instituição: Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná

Objetivo: Análise estatística das internações hospitalares para drenagem de abscesso periamigdaliano e faríngeo pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o Brasil de 2016 a 2021, adicionalmente avaliando o impacto da pandemia de COVID 19.

Métodos: Estudo descritivo transversal com base na abordagem quantitativa das internações pelo SUS no Brasil para o procedimento de drenagem de abscessos em cavidade oral, de 2016 a 2021. Foram coletados do DATASUS-TabWin, através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), os registros relativos às internações, os quais estavam separados em abscessos periamigdalianos e abscessos faríngeos. Posteriormente os dados foram tabulados no programa Excel 2013.

Resultado: As internações SUS para drenagem de abscessos em cavidade oral no Brasil são registradas de duas maneiras diferentes no DATASUS. Em relação ao registro “Drenagem de Abscesso Periamigdaliano” tiveram aumentos progressivos de 2016 a 2019, com 563 (2016), 666 (2017), 722 (2018) e 743 (2019). Entretanto desde 2020 até 2021 os registros evidenciaram um decréscimo para 537 em 2020 e 493 procedimentos em 2021. Já, quanto a “Drenagem de Abscesso Faríngeo” houve tendência a aumento de 2016 a 2019, com discreta redução de 2020 a 2021, perfazendo: 531 drenagens em 2016, 601 em 2017, 670 em 2018, 683 em 2019, 662 em 2020 e 672 em 2021.

Discussão: O abscesso periamigdaliano é uma complicação supurativa das amigdalites agudas, perfazendo uma coleção purulenta por bactérias aeróbias e anaeróbias entre a cápsula fibrosa da tonsila palatina e o músculo constritor superior da faringe. Já o abscesso faríngeo, pode ser decorrente da extensão local de infecções de vias aéreas superiores, odontogênicas ou traumas locais, com acometimento de diferentes espaços faríngeos e consequentemente variadas repercussões, podendo inclusive alcançar estruturas mediastinais. O diagnóstico é clínico, indicando-se tomografia computadorizada para confirmar, avaliar a extensão e indicar o melhor tratamento, visando drenagem e antibioticoterapia empírica precoces. No presente estudo observa-se que os registros de internações para drenagem de abscessos periamigdalianos e faríngeos são semelhantes de 2016 a 2019, com poucas variações, e apesar de ter ocorrido uma redução durante a pandemia de COVID 19 (2020 e 2021), não foi expressiva quanto aos abscessos faríngeos. Entretanto, os abscessos periamigdalianos tiveram uma redução de aproximadamente 28% de 2019 para 2020 e 34% de 2019 para 2021. Atribuímos esse decréscimo no período pandêmico ao uso de máscara, afastamento das atividades escolares e do convívio social, repercutindo na redução do número de infecções de via aéreas superiores (IVAS) e por fim nas suas complicações.

Conclusão: O diagnóstico e tratamento precoce dos abscessos faríngeos e periamigdalianos são essenciais para um bom desfecho dos casos. Estatisticamente as internações por abscessos faríngeos não tiveram grande impacto no período pandêmico, entretanto as internações para tratamento de abscessos periamigdalianos foram impactados com mais de 30% de redução, provavelmente por seus fatores etiológicos estarem mais intimamente relacionado às IVAS.

Palavras-chave: abscessos periamigdalianos; abscessos faríngeos; estatística.

ABSCESSO CERVICAL COMPLICADO COM MEDIASTINITE E FASCIÍTE NECROTIZANTE : UM RELATO DE CASO

Autor principal: VANESSA MIHO TANI

Coautores: MARIANA NERI, MICHELE SANDER WESTPHALEN, MAIRA SAID DIAS JABOUR, MIRIÃ BOARETTO TEIXEIRA FERNANDES, RAÍSSA DE OLIVEIRA E ALBUQUERQUE, VICTOR IKKY KAWAHARA, RUI IMAMURA

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Apresentação: Paciente masculino, 51 anos, tabagista 30 anos. maço, sem outras comorbidades, foi encaminhado ao pronto socorro de otorrinolaringologia por quadro de abaulamento submandibular progressivo a esquerda há 2 dias, associado a febre, voz abafada e odinofagia. Sem antecedente de IVAS ou odontalgia.

Ao exame físico apresentava abaulamento em região submandibular à esquerda com restrição à movimentação cervical, dor, trismo, palato abaulado à esquerda com hiperemia local e úvula desviada contralateralmente, estável hemodinamicamente. Em tomografia de pescoço e tórax foi visto coleção em espaço periamigdaliano à esquerda e extensão para espaços mastigatório, parafaríngeo, submandibular, carotídeo ipsilateral com dissecação de planos peritrapeais e periesofágicos até o mediastino, associado a focos gasosos. Realizado diagnóstico de abscesso periamigdaliano complicado com mediastinite e fascíte necrotizante. Foi submetido a 4 abordagens cirúrgicas para drenagem de abscesso e desbridamento de tecidos desvitalizados, algumas em conjunto com a equipe da cirurgia torácica, com necessidade de colocação de drenos torácicos devido a derrame pleural e pneumotórax. Submetido a internação hospitalar prolongada com necessidade de UTI e antibioticoterapia com ceftriaxona, clindamicina e levofloxacino. Apresentou boa evolução clínica após 27 dias de internação e recebeu alta para acompanhamento ambulatorial.

Discussão: As infecções cervicais profundas com abscesso são quadros de morbimortalidade significativa que cursam com internação prolongada. Uma vez que haja suspeição, o diagnóstico deve ser rápido e o tratamento deve ser agressivo, tendo em vista rápida evolução e alta letalidade quando não tratadas. Podem ser de origem odontogênica, periamigdaliana, glandular, por corpo estranho e por malignidade, sendo a periamigdaliana muito prevalente. Embora o caso relatado não tenha sido precedido por sintomas de faringoamigdalite, a proximidade do abscesso com o espaço periamigdaliano sugere etiologia peritonsilar. A relação íntima dos espaços cervicais profundos e planos fasciais faz com que complicações como mediastinite, relatadas neste caso, possam ocorrer. Na fascíte necrotizante, ocorre necrose da fáscia e do tecido celular subcutâneo do pescoço, sendo possível que esta, por sua vez, complique com mediastinite necrotizante.

As culturas frequentemente apresentam flora bacteriana mista, incluindo bactérias anaeróbias, sobretudo em abscessos odontogênicos. O tratamento baseia-se em proteção de via aérea, drenagem cirúrgica do abscesso e antibioticoterapia endovenosa prolongada, inicialmente empírica de amplo espectro, e posteriormente guiada por cultura. A via de acesso para drenagem pode ser intra-oral ou por cervicotomia. No presente caso, foi realizada cervicotomia com drenagem de coleção e alocação de drenos em espaços cervicais acessados. Revisões cirúrgicas para desbridamento de tecido desvitalizado e drenagem de abscessos recoletados podem ser necessárias, de modo que a antibioticoterapia, mesmo com cobertura adequada, pode não ser suficiente durante seguimento da abordagem cirúrgica inicial. Uma vez constatados piora no aspecto da ferida, aumento de drenagem de secreção por drenos ou por bordos de ferida ou piora clínica e laboratorial, deve ser considerada reabordagem cirúrgica. No presente caso, foram necessárias 4 abordagens cirúrgicas devido à presença de tecido desvitalizado em ferida e coleção purulenta residuais, de modo que, em cada revisão, foi possível observar melhora em relação à anterior.

Comentários finais: O quadro de fascíte necrotizante secundário à abscesso cervical profundo é rapidamente progressivo e potencialmente fatal. Logo, alta suspeição clínica é necessária para garantir o tratamento efetivo precoce, com desbridamento cirúrgico da lesão. Em algumas situações, desbridamentos cirúrgicos seriados podem ser necessários, como no caso acima apresentado. Ressalta-se a importância da antibioticoterapia de amplo espectro associada à garantia de via aérea definitiva, sempre que houver ameaça de insuficiência respiratória por obstrução.

Palavras-chave: abscesso cervical; fascíte necrotizante; mediastinite.

Autor principal: CLARA BUTIGNOLI DE SOUSA PEREIRA LIMA

Coautores: BRUNA DE CASTRO DORNELAS, ALINE RADUAN IACOVONE, MARCELO GIROTTI MERIGHI

Instituição: Hospital Vera Cruz

Apresentação do caso: J.M.P.S, sexo masculino, 32 anos. Apresenta início de lesões orais dolorosas após ser exposto a intenso estresse emocional. Tentativa de tratamento de lesão com antibiótico, antifúngico e corticoide 2 vezes porém apresentava retorno das lesões em diferentes locais da mucosa oral. Lesões progressivamente mais dolorosas dificultando ingestão de alimentos sólidos e líquidos. Após 2 meses do início dos sintomas surge linfonodomegalia cervical e saliva sanguinolenta. Foi realizado a biópsia das lesões orais e paciente recebeu diagnóstico e tratamento adequado após 3 meses da primeira lesão oral.

Discussão: Pênfigo Vulgar caracteriza-se por um grupo de doenças auto-imunes raras e potencialmente fatais quando não realizado diagnóstico e tratamento adequado. Sua epidemiologia difere significativamente de acordo com a área estudada e globalmente sua maior incidência é entre 50 e 60 anos. Comumente a cavidade oral é o sítio inicial das lesões podendo a doença se estender para outras mucosas como olhos, nariz, esôfago, vulva, vagina, colo do útero e ânus. O diagnóstico é feito a partir da (1) história clínica e exame físico (2) biópsia histopatológica da lesão (3) microscopia de imunofluorescência direta (DIF). O tratamento inicial é feito com corticoterapia e anticorpo monoclonal anti CD20 (rituximabe).

Comentários finais: O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais para prevenir a progressão da doença e suas graves consequências.

Palavras-chave: penfigo vulgar; lesões orais.

TCP19

RELATO DE CASO DE ADENOAMIGDALECTOMIA EM PORTADOR DE SÍNDROME DE HUNTER: A IMPORTÂNCIA DA VIA AÉREA.

Autor principal: ISABELA GOMES MALDI

Coautores: ANA PAULA VALERIANO REGO, CÁRITA LOPES MACÊDO, JOSE CARLOS RODRIGUES CHAVES JUNIOR, LUCAS DA SILVA BRAZ, PAULIANA LAMOUNIER E SILVA DUARTE, HUGO VALTER LISBOA RAMOS, CLAUDINEY CANDIDO COSTA

Instituição: CRER

Apresentação do caso: L.S.S, sexo masculino, 8 anos, portador de mucopolissacaridose tipo 2, apresentando história de respiração oral, roncos e episódios compatíveis com apneia noturna, ao exame físico apresentou hipertrofia de conchas nasais e amígdalas grau III de Brodsky bilateral. Na radiografia de cavum evidenciou redução acentuada de coluna aérea. Indicou-se adenoamigdalectomia com reserva de UTI pediátrica. Durante o ato cirúrgico paciente apresentou dessaturação significativa de 80% na intubação orotraqueal (IOT), realizado medidas farmacológicas pela equipe anestésica sem melhora do quadro. Ao final do procedimento cirúrgico após manobra de valsalva para checar hemostasia, paciente apresentou melhora significativa da saturação alcançando valores basais do pré cirúrgico, de 98% ainda em IOT. Ao término do procedimento paciente extubado sem intercorrências, mantendo saturação de oxigênio em 98% em ar ambiente, eupneico, acianótico, estável hemodinamicamente e respondendo a comando simples. Encaminhado para recuperação anestésica onde ficou em observação, apresentando bom padrão respiratório e alta para enfermaria.

Discussão: A mucopolissacaridose ou Síndrome de Hunter é uma doença genética e hereditária ligada ao cromossomo X, com incidência de 1: 30.000 nascidos vivos. Ela corresponde a alterações inatas no metabolismo dos glicosaminoglicanos (GAGs) o que possibilita o depósito dessas substâncias nos tecidos. Ela compromete os sistemas respiratório, músculo-esquelético, cardiovascular e até mesmo as funções cognitivas. Esses pacientes, pelo caráter de depósito da doença, podem apresentar aumento das amígdalas e adenoide com obstrução nasal, roncos e episódios de apneia noturna, dessa forma apresentam indicações para adenoamigdalectomia. Por ser uma doença multissistêmica o paciente pode ter rigidez da articulação temporomandibular, pescoço curto, instabilidade cervical e estreitamento da luz traqueal dificultando a intubação orotraqueal para tratamento cirúrgico, com necessidade de uma boa consulta pré-anestésica e equipe experiente.

A manobra de valsava consiste em inspiração profunda seguida de expiração forçada contra a glote fechada. Durante o intraoperatório de adenoamigdalectomia, essa manobra pode ser realizada com o auxílio da equipe anestésica e permite detectar pontos de possíveis sangramentos no pós-operatório de cavidade oral. Pelo aumento da pressão intratorácica ela pode ainda corroborar para melhor retorno venoso e melhor desempenho cardiovascular.

Comentários finais: Este relato visa demonstrar a indicação de adenoamigdalectomia para paciente com mucopolissacaridose tipo II, necessidade de atenção com a via aérea do paciente assim como com os cuidados pós-operatórios, como também demonstrar a melhora da saturação após realização de manobra de valsalva no intraoperatório.

Palavras-chave: adenoamigdalectomia; síndrome de Hunter; mucopolissacaridose tipo II.

Autor principal: MARINA DANTAS CARDOSO DE MEDEIROS

Coautores: DANIEL MARQUES DA SILVA, RENATA NAKAMURA MAZZARO MAGNOLER, ESTEFANI MOLINAR, LARISSA ELISA MARIN, TAIANE SILVA PAIXAO, MARCELA DIAS DE OLIVEIRA LIMA, MARÍLIA ROCHA KINTSCHEV

Instituição: Hospital Regional de Presidente Prudente

Apresentação do caso: R.P.Z, sexo masculino, 28 anos, casado, trabalhador rural, natural e procedente de Anaurilândia/MS. Procurou serviço de uma clínica particular de otorrinolaringologia de Presidente Prudente, em novembro de 2021, queixando-se de roncos intensos, com piora ao decúbito dorsal. Sem episódios de apneias presenciadas, respiração oral e sonolência diurna excessiva. Não apresentou perda ponderal. Negou tabagismo e etilismo. Antecedentes pessoais e familiares nada digno de nota. Ao exame físico, verificou-se em oroscopia: amígdala grau II com presença de massa rosácea e pedunculada localizada no centro de sua amígdala palatina direita. Rinoscopia e otoscopia sem alterações. Realizou-se, também, tomografia de pescoço com contraste, a qual evidenciou formação nodular na tonsila palatina a direita, hipotenuante e sem realce pelo meio de contraste. Portanto, foi indicado amigdalectomia sob anestesia geral para alívio dos sintomas, bem como, para estudo anatomopatológico da massa encontrada durante oroscopia. A cirurgia foi realizada no hospital da Santa Casa de Presidente Prudente sem intercorrências.

Em análise histopatológica, verificou-se que a lesão encontrada na amígdala extraída era polipóide, pediculada e alongada, apresentando dimensões de 2,5 x 1,0 x 1,0 cm, com superfície lisa e esbranquiçada. Microscopicamente, observou-se revestimento epitelial escamoso íntegro e estroma fibroso frouxo, abrigando espaços linfáticos dilatados, numerosos e esparsos, com endotélio atenuado. A amígdala subjacente possuía arquitetura preservada e apresentava hiperplasia de tecido linfóide de padrão folicular. Tratava-se, portanto, de um pólipio linfangiomatoso pediculado de tonsila palatina. O paciente tem sido acompanhado desde a cirurgia e não houve qualquer sinal de recidiva.

Discussão: Os pólipos linfangiomatosos pediculados de tonsila palatina são lesões hamartomas, benignas e bastante raras, ao ponto de menos de 70 relatos de casos serem encontrados em publicações na literatura médica. Essas lesões são mais comuns em crianças e adultos jovens, aparentemente não apresentam predileção por um dos gêneros, normalmente são unilaterais, ao que parece não possuem inclinação por um dos lados e costumam ser tratadas por meio de excisão do tumor ou amigdalectomia, não tendo sido reportadas recidivas após o tratamento. Os sintomas mais relatados pelos pacientes que foram diagnosticados com pólipio linfangiomatoso pediculado de tonsila palatina são sensação de presença de corpo estranho na faringe, disfagia e dor de garganta. No entanto, também foram reportados casos assintomáticos nos quais o achado se deu de forma acidental.

Para a confirmação do diagnóstico de pólipio linfangiomatoso pediculado de tonsila palatina, a análise histológica é essencial. Os achados histopatológicos já relatados se caracterizam por uma superfície formada por epitélio escamoso estratificado, um estroma que pode variar de tecido fibroso frouxo a denso, além da presença de espaços linfáticos dilatados. Esses aspectos microscópicos vão ao encontro do que se observou na análise citopatológica da peça retirada do paciente reportado.

Com relação à fisiopatologia, especula-se que essas lesões podem surgir a partir de proliferação hamartomatosa isolada, mas há também a hipótese de que a origem da patologia se relacione com a inflamação crônica das amígdalas e a obstrução associada dos canais linfáticos, os quais resultam em congestão da mucosa e, conseqüentemente, em edema polipóide. A raridade dos casos, no entanto, dificulta a confirmação da origem fisiopatológica das lesões.

Comentários finais: O pólipio linfangiomatoso pediculado de tonsila palatina costuma não ser considerado no diagnóstico diferencial de lesão tumoral nas amígdalas pelo fato de as tonsilas palatinas serem locais menos propícios para o desenvolvimento de lesões linfangiomatosas pedunculadas e, também, por tumores malignos serem mais comuns nesses órgãos quando comparados a lesões benignas. Portanto, acredita-se que o relato de caso apresentado contribui para facilitar a identificação e o conseqüente tratamento dessas lesões.

Palavras-chave: pólipos linfangiomatosos; tonsilas palatinas; hamartoma.

Autor principal: RAYANE MARTINS DE OLIVEIRA

Coautores: LUIZ RICARDO DE ANDRADE, LEODMILA MARÍLIA BAPTISTA OCTÁVIO, BRUNA ALMEIDA SILVA, BARBARA SOUZA LEÃO SANTIAGO, RENAN GOMES VIANA NIERO, LUIGI FERREIRA E SILVA, CLAUDIO LUIZ LAZZARINI

Instituição: UNISA Universidade Santo Amaro

Objetivos: Comparar diferentes técnicas cirúrgicas para tonsilectomia.

Métodos: Trata-se de *overview* de revisões sistemáticas Cochrane. Procedeu-se à busca na Cochrane Library (2022), sendo utilizado o termo MeSH "TONSILLECTOMY". Todos os estudos relacionados ao tratamento cirúrgico das tonsilas foram incluídos. O desfecho primário de análise foi a ocorrência de sangramento e os desfechos secundários a ocorrência de dor e complicações pós-operatórias.

Resultados: Dois estudos foram incluídos, totalizando 31 ensaios clínicos randomizados (n = 2.815 participantes). Os estudos compararam a realização de tonsilectomia por dissecação com descolamento (procedimento padrão), coblation e dissecação com monopolar. A comparação entre dissecação padrão e coblation (n=2561 participantes) evidenciou menor dor no 1º dia pós-operatório no coblation, não havendo diferenças para sangramento. A evidência é de baixa qualidade e o risco de viés dos estudos foi de moderado a alto. A comparação entre dissecação padrão e dissecação com monopolar (n=254 participantes) mostrou que a técnica com monopolar reduziu o risco de sangramento intraoperatório, mas aumentou a dor pós-operatória. Não houve mudanças no risco de sangramento pós-operatório. O risco de viés dos estudos foi baixo.

Discussão: Considerando tratar-se de pacientes cirúrgicos, o número de inclusão de participantes é expressivo. Embora haja diferenças nos estudos que tornam alta a heterogeneidade, não houve superioridade das técnicas com coblation e dissecação com monopolar em comparação com a técnica convencional. Vale ressaltar que a evidência é limitada, sendo recomendada a realização de novos ensaios clínicos de qualidade para elucidação da questão. Sugere-se esses novos estudos sigam as recomendações de padronização do CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) Statement.

Conclusão: As revisões sistemáticas realizadas até o momento pela Cochrane não mostram superioridade das técnicas de tonsilectomia por coblation e dissecação com monopolar em comparação com a técnica de descolamento padrão (convencional) mais realizada na rotina dos otorrinolaringologistas.

Palavras-chave: tonsilectomia; coblation; amigdalite.

VALIDAÇÃO DO ESCORE STOP-BANG NA TRIAGEM DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM PACIENTES AMBULATORIAIS

Autor principal: NATHÁLIA FERNANDA DA SILVA

Coautores: RICARDO LUIZ DE MENEZES DUARTE, LUCIANE DE FIGUEIREDO MELLO, IVIS ANDREA MARQUES FERRO, MATHEUS MARTINES GOMES, HUGO FERREIRA ALVES, YURI DE MEDEIROS ALCÂNTARA, FELIPPE FELIX

Instituição: UFRJ

Objetivos: Validar o uso do questionário STOP-Bang na triagem de apneia obstrutiva do sono (AOS) em pacientes adultos atendidos em ambulatório de hospital terciário universitário, no Rio de Janeiro, e submetidos a polissonografia do tipo 3.

Métodos: Estudo transversal com uma amostra de conveniência selecionada a partir do levantamento de prontuário de indivíduos atendidos no ambulatório de ronco e apneia, no período de 31/01/2020 até 01/07/2022. Critérios de inclusão: queixa de ronco ou apneia, a partir de 18 anos, submetidos a polissonografia do tipo 3 e que responderam ao STOP-Bang. Foram excluídos pacientes com dados incompletos ou tempo de exame insuficiente (< 240 minutos). O questionário STOP-Bang foi aplicado pelo médico pesquisador durante a consulta e a polissonografia do tipo 3 noturna domiciliar foi realizada com polígrafo ApneaLink Air®, em uma única noite, após esclarecimento prévio. A apneia do sono foi classificada de acordo com o índice de distúrbios respiratórios (IDR): qualquer AOS (≥ 5 eventos/h), moderada-grave (≥ 15 eventos/h) e grave (≥ 30 eventos/h). Segundo STOP-Bang, foram considerados pacientes de alto risco aqueles com escore ≥ 3 . Foram utilizadas tabelas de contingência 2x2 para calcular a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) e a área sob a curva (AUC) para determinar o poder discriminatório do questionário. O projeto de estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRJ (CAAE: 40853020.9.0000.5257).

Resultados: Foram incluídos 154 participantes, sendo 102 mulheres (66.2%) e 52 homens (33.8%). A mediana de idade foi 53,5 anos (intervalo interquartilico: 41.7- 63,0). A prevalência de qualquer AOS foi de 72,1% (n = 111), de AOS moderada-grave foi de 26,6% (n = 41) e de AOS grave foi de 14,9% (n = 23). Cento e vinte seis pacientes (81,8%) foram classificados como de alto risco para AOS pelo STOP-Bang, sendo os itens mais frequentemente pontuados cansaço (79,9%), roncos (75,3%) e idade acima de 50 anos (60,4%). Para triagem de qualquer AOS, o STOP-Bang apresentou sensibilidade de 86,5%, especificidade de 30,2%, VPP de 76,2% e VPN de 46,4%. Para triagem de AOS moderada-grave, o STOP-Bang apresentou sensibilidade de 97,6%, especificidade de 23,9%, VPP de 31,7% e VPN de 96,4%. Para triagem de AOS grave, o STOP-Bang apresentou sensibilidade de 100%, especificidade de 21,4%, VPP de 18,3% e VPN de 100%. A área sob a curva para identificação de qualquer AOS, AOS moderada-grave e AOS grave foi de 0,614 (IC 95%: 0,511-0,717), 0,719 (IC 95%: 0,632-0,805) e 0,740 (IC 95%: 0,640-0,840), respectivamente.

Discussão: A prevalência de qualquer grau de AOS foi de 72,1%, assim como os valores entre 42-76%, observados em outros laboratórios do sono. Em comparação com o estudo realizado em 2017 de validação do STOP-Bang como método de triagem de AOS em adultos no Brasil, aonde para qualquer grau de AOS em pacientes de alto risco, o valor de sensibilidade foi de 83,5% e na presente amostra de 86,5%; Para AOS moderada-grave, sensibilidade de 88,6%, comparada a de 97,6% e para AOS grave, sensibilidade de 95,4%, comparada a de 100% na nossa amostra. O artigo citado incluiu uma seleção maior de pacientes, e estes foram submetidos à polissonografia do tipo 1 (teste padrão ouro), diferente do nosso estudo, pois avaliou pacientes de ambulatório especializado e submetidos a polissonografia do tipo 3. A despeito desta forma diferente de avaliação ainda assim os dados foram consistentes. Os dados preditivos da nossa população se aproximaram mais daqueles encontrados em amostras de laboratórios do sono ou em pacientes pré-operatórios, do que em estudos conduzidos em coorte populacional, onde a especificidade do questionário tende a ser maior e a sensibilidade menor, pelo maior número de pacientes assintomáticos.

Conclusão: O instrumento de triagem STOP-Bang apresentou adequado desempenho para triagem de AOS em indivíduos adultos com suspeita de AOS e regularmente acompanhados em um ambulatório especializado de um Hospital Universitário.

Palavras-chave: stop-bang; polissonografia; ambulatório.

Autor principal: MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ

Coautores: NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO, MARÍLIA MONTIS LANZAROTTI HOSKEN, VERENA SILVA CALDAS, RODRIGO AMORIM QUESADO, MARIA CLARA SOUZA SCHETTINI, MÁRCIO CAMPO OLIVEIRA, WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA

Instituição: Hospital Otorrinos

Apresentação do caso: Paciente masculino, J.P.G.S, 54 anos, tabagista e etilista, procedente da zona rural de Bonfim de Feira - BA, servente de obras, com queixa de lesão ulcerada em palato duro, de crescimento insidioso há menos de um ano (Figura 1), encaminhado por dentista do PSF, com antecedentes de quadros recorrentes de candidose oral. Negou disfagia, dispneia, febre e perda ponderal importante ou outros sinais de alarme no período.

Foi submetido à biópsia, com estudo anatomopatológico compatível com Paracoccidioidomicose (PCM), confirmada por coloração para Grocott-Gomori. Mantém acompanhamento após o tratamento com remissão da lesão (Figura 2).

Discussão: A Paracoccidioidomicose é causada pelo *Paracoccidioides brasiliensis*. Trata-se de uma micose sistêmica, que acomete mais homens (14: 1), provenientes da zona rural, com idade de 30-50 anos¹. Acredita-se que é adquirida por via inalatória, sendo os pulmões os órgãos mais frequentemente envolvidos, tendo diferentes apresentações clínicas nas formas agudas e crônicas².

Aspectos clínicos e epidemiológicos do caso corroborando com a literatura³. A Apresentação clínica reforça a necessidade do diagnóstico diferencial da PCM com a tuberculose (TB), observando-se lesões orais ulceradas crônicas com localização diversa². Outro diagnóstico diferencial é com o carcinoma espinocelular (CEC), tendo como base a informação do uso crônico de álcool e fumo e o aspecto ulcerado de lesão bucal^{2,3}.

Comentários finais: No caso descrito, evidencia-se a importância do exame clínico da cavidade oral e da suspeição clínica, para direcionar as condutas, visando minimizar complicações. É sempre importante realizar investigação com biópsia e exames de imagem dos pulmões para descartar diagnósticos diferenciais.

Referências: 1. SILVA, CARLOS EDUARDO AMARAL PEREIRA DA et al. Paracoccidioidomicose do sistema nervoso central: relato de caso. Arquivos de Neuro-Psiquiatria [online]. 2000, v. 58, n. 3A [Acessado 5 Junho 2022] , pp. 741-747. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-282X2000000400024>>. Epub 06 Dez 2000. ISSN 1678-4227. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2000000400024>.

2.Vieira T, Martinez R, Ferreira CM, Cardoso JA, Falcão GGVSC, Farias JG. Lesões de paracoccidioidomicose acometendo tecido cutâneo e mucosa bucal: relato de caso clínico; Revi Bahiana Odont 2013; 4(1): 54-64.

3.Girardi FM, Scroferneker ML, Gava V, Pruinelli R. Head and neck manifestations of paracoccidioidomycosis: na epidemiological study of 36 cases in Brasil. Mycopathologia 2012; 173(2-3): 139-44.

Palavras-chave: paracoccidioidomicose; tuberculose; lesões orais ulceradas crônicas.

TCP114 ACUTE EPIGLOTTITIS: A CASE REPORT

Autor principal: ALFREDO VIEIRA BERNARDO

Coautores: PAULO TINOCO, MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO, LOUISE MANCEN FREIRE, CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI, KLARA VICECONTE TARDIN PIMENTEL

Instituição: *Hospital São José do Avaí*

Resumed Report: D.M.F., 35 years old, male. Patient arrives at the Emergency Room with a odynophagia and muffled voice for 5 days associated with high fever. He reports previous use of antibiotics, with no improvement in symptoms. Oroscopy showed tonsil edema, with no signs of exudate. A videolaryngoscopy was requested, in which significant edema of the epiglottis was seen, associated with hyperemia. The patient was hospitalized and submitted to treatment with intravenous corticosteroids, with clinical improvement after 2 days.

Discussion: Acute epiglottitis is a condition of the supraglottic structures that causes inflammation and edema of the upper respiratory tract, due to abundant vascularization and too much mucosa, causing sudden obstruction of the upper airway and death. It is marked as an otorhinolaryngologica emergency. The most prevalent period is childhood, being rare, more severe and lethal in adulthood. Its etiologic agents are *Haemophilus influenzae* type B – more common, *Streptococcus pneumoniae* and *Staphylococcus pyogenes*. This disease progresses with intense odynophagia, dysphagia and fever, muffled voice, sudden general malaise, dysphonia, dry cough, drooling, stridor and difficulty breathing, adopting the tripod position. Its diagnosis is clinical and can be confirmed with laryngoscopy. Treatment is carried out in a hospital environment.

Final Comments: In view of the serious complications of epiglottitis, attention should be paid to the signs and symptoms of the disease in order to diagnose it early and avoid complications.

Palavras-chave: odynophagia; epiglottitis; supraglottic.

TCP115

HÁ CORRELAÇÃO ENTRE SÍNDROME DA APNEIA E HIPOPNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO E HIPERTENSÃO PULMONAR?

Autor principal: TÁRCIO EULER RIBEIRO MEDRADO

Coautores: GABRIELLE SOBRAL SILVA, VINÍCIUS LIMA DE SOUZA GONÇALVES, RYNAT DASAIEV OLIVEIRA CHAGAS, TAÍSA MARIA BRITO AMORIM, LARISSA ROCHA OLIVEIRA

Instituição: Hospital Santo Antônio - Obras Sociais Irmã Dulce

Objetivos: Avaliar correlação da Síndrome da Apneia e Hipopnéia Obstrutiva do Sono (SAHOS) no desenvolvimento de Hipertensão Pulmonar (HP) e aplicabilidade de CPAP (continuous positive airpressure) nesses casos.

Métodos: Trata-se de uma revisão sistemática, nas plataformas SciELO, PubMed e Lilacs, entre 2006 - 2022, pesquisando palavras-chave: “obstructive sleep apnea”, “pulmonaryhypertension” e “CPAP”, onde revisaram-se 9 estudos em inglês.

Resultados: SAHOS estabelece-se como um distúrbio respiratório associado à HP, onde 17 a 53% dos pacientes com SAHOS apresentam-se com HP. Essa relação comprova-se mesmo em estudos que excluem fatores confundidores, como doenças cardíacas e pulmonares significativas. A maioria dos casos são leves, porém, o aumento da gravidade pode relacionar-se com a presença de comorbidades. Além disso, o índice de apneia-hipopnéia (IAH) mais elevado esteve associado ao aumento do ventrículo direito e à septo interventricular mais espesso. Ainda, o uso de CPAP noturno a longo prazo no tratamento da SAHOS promove queda significativa na pressão arterial pulmonar (PAP), prevenindo alterações vasculares pulmonares irreversíveis e ventriculares direitas.

Discussão: SAHOS é um distúrbio multifatorial, caracterizado por episódios de obstrução parcial ou total das vias aéreas superiores durante o sono. A sua principal relevância clínica deve-se à elevada associação com alterações cardíacas, distúrbios neurocognitivos e, ainda, HP, cuja definição é de aumento da PAP média acima de 25mmHg em repouso. Estresse oxidativo, redução da função cardíaca, hipoxemia crônica, hiperativação simpática, remodelamento vascular pulmonar, desregulação metabólica, inflamação e distúrbios coagulatórios estão relacionados à sua fisiopatologia diante da SAHOS.

Conclusão: Há relevância significativa na prevalência de HP nos pacientes com SAHOS e, portanto, ao diagnóstico de uma dessas entidades, a concomitância de ambas deve ser aventada, afim de garantir intervenção terapêutica precoce e melhor prognóstico. O CPAP como terapia a longo prazo da SAHOS atua como profilaxia de desfechos hemodinâmicos desfavoráveis, incluindo-se a HP.

Palavras-chave: apneia; hipertensão pulmonar; cpap.

DOENÇA DE CASTLEMAN MULTICÊNTRICA COM ACOMETIMENTO DE TONSILAS PALATINAS: RELATO DE CASO

Autor principal: NAYYARA MARCIA FERREIRA CARREIRO

Coautores: JOAO PAULO LINS TENORIO, OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR, MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA, JÉSSICA MIRANDA LEMOS

Instituição: Santa Casa de Misericórdia de Maceió

Apresentação do caso: Em junho de 2021, MJBS, 42 anos, sexo feminino, acompanhada em outro serviço desde 2017 devido diagnóstico de linfoma não hodgkin; em tratamento com quimioterapia e radioterapia, porém evoluindo com piora clínica progressiva. Veio encaminhada ao serviço de otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia de Maceió com história de disfagia e disfonia há cerca de 03 meses. Nesta ocasião, durante exame físico foi evidenciado lesão nodular em região de tonsilas palatinas de cerca de 06 cm de superfície lisa, móvel e consistência fibroelástica; além de presença de linfonomegalia cervical e supraclavicular bilateralmente.

Já havia realizado PET-CT com evidencia de formação nodular de contornos lobulados e limites imprecisos de aspecto infiltrativo em orofaringe com extensão para a porção posterior da língua, valéculas e espaços parafaríngeos, medindo cerca de 5,1x4,4x6,2 cm.

Optou-se por amigdalectomia sendo material encaminhado para estudo histopatológico. A microscopia optica evidenciou denso infiltrado linfoplasmocitário no córion e presença de raros folículos centros germinativos involuídos e manto com células linfóides pequenas em distribuição concêntrica. Finalmente, foi realizado exame imuno-histoquímico que foi compatível com Doença de Castleman (DC).

Discussão do Caso: A DC é uma causa incomum de proliferação do tecido linfóide de origem controversa. Possui duas variantes clínicas: unicêntrica e multicêntrica. A unicêntrica apresenta-se como uma massa solitária, principalmente nos linfonodos mediastinais, retroperitoneais e cervicais, e não está tipicamente associada a sintomas sistêmicos. Em contraste, a forma multicêntrica envolve sintomas generalizados (por exemplo, febre, derrame pleural, astenia, ascite), incluindo síndrome POEMS.

Sua incidência na região cervical varia de 6 a 14%. Acomete pessoas com cerca de 50 anos, com uma proporção homem/mulher de 2,5: 1. Do ponto de vista radiológico e clínico, a DC é indistinguível do linfoma, sendo o diagnóstico definitivo através de biópsia. Histologicamente costuma ter caráter benigno, porém pode se comportar como uma doença maligna, tendo alguns relatos de evolução para linfoma não-Hodgkin, refratária ao tratamento sistêmico, inclusive ao uso de corticosteróides e quimioterapia, com potencial letalidade.

Comentários finais: Este relato reforça a importância de incluir a doença de Castleman no diagnóstico diferencial de distúrbios linfoproliferativos.

Palavras-chave: doença de Castleman; tonsilas palatinas; multicêntrica.

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH NA SUSPEIÇÃO DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

Autor principal: LORENA CARVALHO DOS SANTOS

Coautores: NATASHA CAROLINE CRISTINA SANTANA DE AGUIAR, YURI DE MEDEIROS ALCÂNTARA, IVIS ANDREA MARQUES FERRO, CHRISTIANO COLUCCI DE MELLO VILLELA, FELIPPE FELIX, LUCIANE DE FIGUEIREDO MELLO, RICARDO LUIZ DE MENEZES DUARTE

Instituição: Universidade Federal do Rio de Janeiro

Objetivos: A apneia obstrutiva do sono (AOS) é um distúrbio bastante prevalente, porém frequentemente subdiagnosticado. A Escala de Sonolência de Epworth (ESE) é um questionário subjetivo elaborado primariamente para identificar sonolência diurna excessiva (SDE), sendo, contudo, frequentemente utilizada na prática clínica para triagem de apneia obstrutiva do sono. Apesar disto, há poucos estudos avaliando se há diferença no desempenho da ESE na suspeição clínica de AOS entre homens e mulheres. Desta forma, o nosso principal objetivo foi avaliar o desempenho da ESE no rastreamento de AOS em pacientes adultos regularmente atendidos no Ambulatório de Ronco e Apneia de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro, os quais foram consecutivamente submetidos à realização de polissonografia noturna domiciliar (Tipo 3).

Métodos: Estudo transversal com uma amostra de conveniência contendo 144 participantes, os quais foram selecionados de forma prospectiva, no período compreendido de 31/01/2020 a 01/07/2022, no Ambulatório de Ronco e Apneia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Todos os pacientes do estudo foram submetidos à ESE durante a consulta inicial, realizando posteriormente a polissonografia domiciliar com aparelho da marca ApneaLink Air®, em uma única noite, após esclarecimento prévio. Todos os Resultados da polissonografia domiciliar foram obtidos por leitura manual do traçado. Foram sistematicamente excluídos os indivíduos menores de idade (< 18 anos), aqueles submetidos à polissonografia completa do Tipo I, aqueles com preenchimento incompleto da ESE, pacientes em uso de oxigênio suplementar noturno e/ou indivíduos com tempo total de gravação insuficiente (< 240 minutos). A ESE é um instrumento que avalia subjetivamente a presença de SDE através de uma pontuação ≥ 11 pontos (total de 0 a 24 pontos). O diagnóstico de AOS moderada/grave foi obtido a partir do índice de distúrbio respiratório (IDR) $\geq 15,0/h$. O desempenho preditivo da ESE foi acessado por Tabelas de contingência 2x2 (sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo [VPP] e valor preditivo negativo [VPN]) e pela área sob a curva (AUC). O projeto de estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRJ (CAAE: 40853020.9.0000.5257). Todos os pacientes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O valor de p bicaudal < 0,05 foi considerado como sendo estatisticamente significativo.

Resultados: Foram incluídos 144 participantes: 98 mulheres (68,1%) e 46 homens (31,9%). A mediana de idade foi 54,5 anos (intervalo interquartil: 42,0-63,0). A prevalência de AOS moderada/grave foi de 27,8%, sendo, contudo, maior nos homens (37,0%) em relação às mulheres (23,5%). Entretanto, a prevalência de SDE foi maior nas mulheres em comparação com os homens (36,7% versus 26,1%). Nas mulheres, para triagem de AOS moderada/grave, a ESE apresentou sensibilidade de 47,8%, especificidade de 66,7%, VPP de 30,6% e VPN de 80,6%. Nos homens, para triagem de AOS moderada/grave, a ESE apresentou sensibilidade de 29,4%, especificidade de 75,9%, VPP de 41,7% e VPN de 64,7%. A estimativa da AUC para identificação de AOS moderada/grave foi de 0,613 (intervalo de confiança a 95% [IC 95%]: 0,487-0,739) e de 0,560 (IC 95%: 0,388-0,732); respectivamente nas mulheres e nos homens. Não houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre as AUCs obtidas entre os sexos ($p = 0,639$).

Discussão: Os homens apresentaram uma menor frequência de SDE e uma maior prevalência de AOS moderada/grave do que as mulheres. A aplicação da ESE em indivíduos adultos não apresentou desempenho satisfatório na suspeição do diagnóstico de AOS moderada/grave, tanto em homens quanto nas mulheres.

Conclusão: A ESE não apresentou desempenho satisfatório na triagem de AOS em indivíduos adultos independentemente do sexo.

TCP118

LESÃO EM TONSILA PALATINA DIREITA COMO MANIFESTAÇÃO DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B**Autor principal:** LUANA VIEIRA MARGHETI**Coautores:** FERNANDO RAMIRES GOUVEIA ALVES, LUCAS RODRIGUES MOSTARDEIRO, ISABEL SAORIN CONTE, ARTUR KOERIG SCHUSTER, VITOR HUGO PEIJO GALERANI, HEMILY IZABEL ALVES NEVES, LUISA MOSTARDEIRO TABAJARA FRANCHE**Instituição:** Instituto Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Apresentação do caso: M.A.P.S, 67 anos, sexo masculino - sem histórico de tabagismo, alcoolismo, história de câncer na família, não possuía comorbidades. Relato de surgimento de massa em orofaringe associada à disfagia iniciada há 3 meses, com consequente perda de 8kg desde o início do quadro. Paciente fez uso de antibioticoterapia nesse período, sem melhora do quadro. Também apresentava disfonia, além de roncos e dispneia posicional ao deitar. Visualizado em oroscopia lesão expansiva com origem em loja amigdaliana direita com obstrução parcial de Via aérea alta, sem outros achados. Sem linfonodomegalias cervicais à palpação. Indicada ressecção cirúrgica de lesão em tonsila palatina direita e amigdalectomia ipsilateral e envio de lesão para estudo anatomopatológico que demonstrou os seguintes achados: distorção arquitetural às custas de proliferação linfóide atípica, de padrão arquitetural difuso sugestivo de linfoma difuso de grandes células B. Estudo imunohistoquímico complementar confirmou o diagnóstico.

Discussão: Os linfomas representam aproximadamente 5% de todas as neoplasias malignas de cabeça e pescoço e podem envolver sítios nodais ou extranodais. O anel de Waldeyer é o segundo local mais comum de linfomas extranodais após o trato gastrointestinal. A maioria são linfomas não Hodgkin de linhagem de células B, sendo o linfoma difuso de grandes células B o tipo mais comum.

O linfoma não-Hodgkin da amígdala tem uma idade média de início de 59 anos, afetando precipuamente homens. Os sintomas de Apresentação incluem dor de garganta, hipertrofia de tonsilas palatinas, disfagia, massa cervical, obstrução nasal e sintomas auditivos, podendo atingir até 10 cm na Apresentação, com tamanho médio de 4,6 cm. Apenas 10% dos pacientes com linfomas tonsilares apresentam sintomas sistêmicos.

A realização de anatomopatológico em todas as peças de tonsilectomia não é necessária; torna-se primordial, todavia, a avaliação de tonsilas suspeitas, principalmente se o paciente tiver outros sintomas associados que sugiram uma doença maligna.

As diretrizes da National Comprehensive Cancer Network (NCCN) para linfoma difuso de grandes células B em estágio limitado permitem opções como um curso curto ou prolongado de imunoquimioterapia seguido ou não de radioterapia (RT). Além disso, dados recentes sugerem que pacientes em estágio inicial com doença extranodal (EN) podem ter melhores Resultados se tratados com RT.

Comentários finais: É imprescindível que o aumento amigdaliano assimétrico que não responde ao tratamento conservador em um idoso traga alerta ao clínico e ao otorrinolaringologista para a investigação da possibilidade de uma neoplasia/linfoma indolente. Desta forma, o paciente poderá receber o correto diagnóstico, sendo encaminhado ao oncologista/hematologista da forma mais breve possível.

Palavras-chave: linfoma; tonsila palatina; lesão.

Autor principal: ALEXANDRE LIM TJIN SENG

Coautores: MOISÉS DE OLIVEIRA MEDEIROS, LUAN FELIPE DE SOUZA CARDOSO, EMILY BARBOSA DO NASCIMENTO, DIEGO MONTEIRO DE CARVALHO

Instituição: Centro Universitário Fametro

Objetivo: Definir o perfil epidemiológico dos pacientes internados por parotidite viral (caxumba) no estado do Amazonas e comparar tais dados com os dados do Brasil nos últimos 14 anos.

Métodos: Estudo descritivo com objetivo de traçar o perfil epidemiológico dos pacientes internados por parotidite viral no período de dezembro de 2008 a julho de 2022 no Amazonas e comparar com o panorama nacional. As informações foram obtidas do Sistema de Informações Hospitalares, na aba Internação, do site do DataSUS no qual o Ministério da Saúde divulga os dados de indicadores da saúde do país. As variáveis internações, faixa etária, raça/etnia e sexo foram analisadas.

Resultados: No estado do Amazonas houve um total de 137 internações por parotidite viral entre dezembro de 2008 e julho de 2022, enquanto nos demais estados houve 5.422 internações. A faixa etária mais acometida foi a de 1-4 anos, sendo responsável por 29,9% das internações, tal como no contexto nacional onde a frequência nesta faixa etária foi de 33,5%. Quanto a raça/etnia, no Amazonas, a população parda (72,9%) foi a mais atingida seguida pela raça/etnia preta (4,69%). Vale ressaltar que a população indígena é responsável por menos de 4% das internações. Por outro lado, no contexto nacional, a raça/etnia mais atingida foi a população parda (42,6%), seguida da população preta (35,6%). O sexo mais afetado no Amazonas foi o masculino, com uma frequência de internações de 71,5%, consonante com os dados nacionais que indicam uma frequência no sexo masculino de 85,2%.

Discussão: A parotidite viral é uma infecção viral que afeta as glândulas salivares, normalmente auto-limitada, com conduta ambulatorial e sem a necessidade de internação hospitalar. A caxumba afeta as glândulas parótidas, localizadas abaixo e anterior das orelhas. A doença é transmitida pela saliva e a doença e suas complicações podem ser facilmente prevenidas por meio de vacinação. Alguns pacientes não apresentam sintomas, porém, os mesmos quando ocorrem incluem sinais inflamatórios em parótidas associado à febre, dor de cabeça, fadiga e perda de apetite. As complicações mais comuns são meningite asséptica, pancreatite, tireoidite, neurites, orquiepididimite, ooforite, miocardite e nefrite. Uma complicação rara é o desenvolvimento de encefalite, podendo levar a edema cerebral, manifestações neurológicas graves e óbito. Como sequelas, podem ocorrer surdez unilateral (secundária a neurite do oitavo par craniano) e atrofia testicular, sendo de ocorrência rara a esterilidade. Apenas os quadros graves necessitam de internação.

Conclusão: Os dados apontam que o perfil dos pacientes internados no Estado do Amazonas é predominantemente masculino, na faixa etária de 1-4 anos, com raça/etnia mais acometida sendo a parda, fato consoante com os dados nacionais.

Palavras-chave: parotidite viral; internação; amazonas.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E DA DURAÇÃO DO SONO EM INDIVÍDUOS COM SUSPEITA DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

Autor principal: HUGO FERREIRA ALVES

Coautores: RICARDO LUIZ DE MENEZES DUARTE, LUCIANE DE FIGUEIREDO MELLO, FELIPPE FELIX, NATHÁLIA FERNANDA DA SILVA, YURI DE MEDEIROS ALCÂNTARA, CHRISTIANO COLUCCI DE MELLO VILLELA, ARMANDO LAVIGNE DE LEMOS VELOSO

Instituição: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

Objetivos: A apneia obstrutiva do sono (AOS) é o distúrbio respiratório do sono mais prevalente, estando frequentemente associada à hipoxemia noturna e à fragmentação do sono, os quais podem afetar a qualidade do sono. O nosso principal objetivo foi avaliar possíveis associações entre a qualidade subjetiva do sono, a duração estimada do sono, a prevalência de AOS moderada/severa e a presença de sonolência diurna excessiva (SDE) em pacientes adultos regularmente atendidos no Ambulatório de Ronco e Apneia de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro.

Métodos: Estudo transversal com uma amostra de conveniência contendo 55 participantes, os quais foram selecionados de forma prospectiva, no período compreendido de 02/01/2021 a 01/07/2022, em um ambulatório especializado do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Todos os pacientes do estudo, durante a consulta inicial, foram perguntados sobre a qualidade subjetiva do sono, a duração estimada do sono (em minutos), além de preencherem a Escala de Sonolência de Epworth (ESE). Os pacientes do estudo foram divididos em três grupos de acordo com a qualidade do sono auto-referida: i) ruim/péssima, ii) regular e iii) boa/ótima. Posteriormente todos os participantes do estudo realizaram a polissonografia domiciliar (ApneaLink Air®), em uma única noite, após esclarecimento prévio. Todos os Resultados da polissonografia domiciliar foram obtidos por leitura manual do traçado. Foram sistematicamente excluídos os indivíduos menores de idade (< 18 anos), aqueles submetidos à polissonografia completa em laboratório do sono, aqueles com dados incompletos sobre a qualidade do sono, duração do sono ou da ESE, pacientes em uso domiciliar de oxigênio suplementar noturno e/ou indivíduos com tempo total de gravação insuficiente (< 240 minutos). A ESE é um instrumento que avalia subjetivamente a presença de SDE através de uma pontuação ≥ 11 pontos (total de 0 a 24 pontos). O diagnóstico de AOS moderada/grave foi obtido a partir do índice de distúrbio respiratório (IDR) $\geq 15,0/h$. O projeto de estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRJ (CAAE: 40853020.9.0000.5257). Todos os pacientes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados: Foram selecionados 55 participantes: 26 mulheres (47,3%) e 29 homens (52,7%). A mediana de idade foi 50,0 anos (intervalo interquartilico: 39,0-62,0). Vinte e cinco pacientes (45,5%) relataram qualidade de sono ruim/péssima, 18 pacientes (32,7%) com qualidade de sono regular e 12 pacientes (21,8%) descreveram qualidade de sono boa/ótima. A estimativa subjetiva da duração do sono foi estatisticamente diferente entre os grupos categorizados pela qualidade subjetiva do sono: i) ruim/péssima: mediana de 360,0 minutos (intervalo interquartilico: 300,0-390,0), ii) regular: mediana de 420,0 minutos (intervalo interquartilico: 360,0-480,0) e iii) boa/ótima: mediana de 480,0 minutos (intervalo interquartilico: 397,5-502,5); $p = 0,003$. No total, a prevalência de AOS moderada/grave foi de 50,9%, sendo de 57,1% nos indivíduos com qualidade de sono ruim/péssima, de 28,6% naqueles com qualidade de sono regular e de 14,3% nos indivíduos com qualidade de sono boa/ótima. No total, a prevalência de SDE foi de 30,9%, sendo de 52,9%, 35,3% e 11,8% nos pacientes com qualidade subjetiva de sono ruim/péssima, regular ou boa/ótima; respectivamente.

Discussão: Houve uma elevada prevalência de indivíduos com avaliação auto-referida da qualidade de sono categorizada como ruim ou péssima. Nestes indivíduos, quando comparados com aqueles com qualidade de sono regular ou boa/ótima houve uma menor estimativa da duração do sono, uma maior prevalência de AOS moderada/grave e uma maior frequência de SDE.

Conclusão: A avaliação subjetiva da qualidade e da duração do sono pode ser uma ferramenta útil em indivíduos com suspeita de AOS.

Palavras-chave: SAOS; qualidade do sono; sonolência diurna excessiva.

Autor principal: EMILY BARBOSA DO NASCIMENTO

Coautores: ERIC DIONNYSON DA SILVA ALVES PEREIRA, CAIO EDDIE DE MELO ALVES, YANE MELO DA SILVA SANTANA, RAÍSSA COSTA SAID, ÁLEX WILKER ALVES SOARES, AUGUSTO CESAR PINTO DE ARRUDA GUIMARÃES, VIVIANE SALDANHA OLIVEIRA

Instituição: Universidade Federal do Amazonas

Apresentação do caso: Paciente de 22 anos do sexo feminino com quadro de febre, hiperemia e edema de tonsilas palatinas associado a exsudato pultáceo. Fez tratamento com amoxicilina associada à ácido clavulânico prescrito por médico plantonista, com melhora parcial do quadro. Manteve febre, odinofagia intensa, tosse, mialgia, fadiga, comprometimento do estado geral e mal estar após 10 dias de tratamento, quando procurou o serviço de otorrinolaringologia que iniciou levofloxacino 750mg por 10 dias e prednisolona 40mg por 10 dias, também sem resposta. Foi evidenciado linfonodomegalia cervical anterior não dolorosa maior que 1 cm à direita e perda de peso de 2 kg em 2 semanas de evolução. Dessa forma, devido multirresistência antibiótica foram solicitados exames para cultura e pesquisa de fungos e bactérias, coloração pelo método de GRAM de swab orofaríngeo, Raio-X de tórax, sorologias para HIV, COVID-19, Hepatite B, Hepatite C, Epstein Barr, além de VDRL, FTA-Abs e Teste rápido molecular para tuberculose afim de realizar o diagnóstico diferencial. Todos os exames foram inconclusivos. Foi prescrito na ocasião acetilcefuroxime em dose habitual por 10 dias, fluconazol 150mg diários por 10 dias e gargarejos com nistatina duas vezes ao dia por 15 dias. Após duas semanas do último tratamento instituído, paciente retornou com melhora importante, relatando hipogeusia, possível medicamentosa, com oroscopia normal.

Discussão: As faringotonsilites podem ser causadas por infecções bacterianas e virais, sendo as últimas as mais comuns e presentes em 70% dos casos. Clinicamente podem ser classificadas em inespecíficas, quando não há especificidade entre o agente etiológico e o quadro clínico, e as específicas, quando há correlação entre a clínica e o agente etiológico. Geralmente é uma doença autolimitada, porém pode causar complicações principalmente se etiologia bacteriana. Neste caso em específico, apesar de tratamento inicial adequado, não houve resposta ao tratamento. Fez-se necessário uma busca aprofundada de possíveis agentes, porém não foi possível identificar a causa. Dessa forma, foi realizado um escalonamento antibiótico e cobertura para fungos de forma empírica para obter bons Resultados terapêuticos. A conduta baseada na clínica é sugestiva para diferenciar a causa e propor alívio sintomático. As de diagnóstico viral geralmente apresentam-se com um quadro de tosse (muitas vezes com febre e mal-estar), congestão nasal, conjuntivite, coriza, úlcera oral e exantema viral. Já o diagnóstico bacteriano apresenta dor de garganta de início súbito, febre, edema tonsilofaríngeo e/ou uvular, exsudatos tonsilares irregulares e linfadenite cervical (muitas vezes dolorosa e anterior). Porém neste caso, mesmo a clínica sendo sugestiva de etiologia bacteriana, apenas após a cobertura para fungos foi obtido um resultado terapêutico satisfatório.

Comentários finais: A faringoamigdalite aguda é uma das situações mais frequentes encontradas na prática clínica ambulatorial. A maioria dos casos de faringoamigdalite aguda é causada por vírus respiratórios e é autolimitada, porém quadros desafiadores do ponto de vista diagnóstico e terapêutico podem surgir. Dessa forma, é preciso além dos sintomáticos para etiologia viral e boa cobertura antibiótica para as possíveis etiologias bacterianas, não se esquecer da terapêutica para etiologia fúngica nos casos refratários, uma vez que nem sempre é possível realizar o diagnóstico definitivo com o diagnóstico amado e a disfagia resultante da faringotonsilite pode reduzir a imunidade do paciente e perpetuar um quadro inflamatório.

Palavras-chave: faringotonsilite; multirresistência; terapia.

TCP122

EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS DO SONO ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO NO NORTE DO PAÍS**Autor principal:** EMERSON OLIVEIRA LISE**Coautores:** CARLOS MAURÍCIO DE ALMEIDA, ANA CARLA CAMPELO DUARTE, LEONARDO RAMALHO DE OLIVEIRA, GISELE MENEZES TEZOLIN, HITESH BABANI, EMILY BARBOSA DO NASCIMENTO, DIEGO MONTEIRO DE CARVALHO**Instituição:** *Faculdade Metropolitana de Manaus (Fametro)*

O sono é um estado fisiológico especial a todos os seres vivos. Os transtornos do sono impactam a qualidade de vida, aumentam o risco de doenças metabólicas, cardiovasculares e talvez neurodegenerativas. A terceira edição da classificação internacional de transtornos do sono (ICSD-3) classifica-os em seis grandes grupos: transtorno de insônia, transtornos respiratórios do sono, hipersonia, transtornos do ritmo circadiano, parassoniais e transtornos do movimento relacionado ao sono. Este estudo teve como objetivo conhecer o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes atendidos no ambulatório especializado em desordens do sono, do serviço público de otorrinolaringologia e cirurgia cérvico-facial na cidade de Manaus-AM, entre janeiro de 2019 e maio de 2021. Os dados da amostra analisada foram obtidos de 72 prontuários após a aprovação do CEP local (CAAE 47110721.4.0000.9167). Observou-se que os transtornos do sono tiveram maior prevalência no sexo feminino, predominando na faixa etária entre 51-60 anos. Sobre os hábitos de vida, ambos os sexos apresentaram uma relação com o consumo de bebida alcoólica (32,26%), uso de tabaco (11,1%) e (73,69%) estiveram acima do peso normal. Quanto ao uso de medicamentos, 44,68% dos pacientes relataram utilizar alguma classe hipnótica. No item comorbidades, destaque para hipertensão arterial sistêmica (HAS) em 44,62% dos indivíduos analisados. O diagnóstico mais frequente foi o de síndrome de apneia obstrutiva do sono (45,5%), o qual é compatível com o achado de que 35,59% dos indivíduos possuíam Mallampati grau IV. Estatisticamente, nenhuma dessas variáveis se mostraram interferir na qualidade do sono avaliados por meio do teste de qui-quadrado. Por fim, concluiu-se que neste serviço especializado a maioria dos atendimentos é de mulheres com sobrepeso e que a apneia obstrutiva do sono é o transtorno mais prevalente.

Palavras-chave: perfil clínico-epidemiológico; distúrbios do sono; ritmo circadiano.

APNEIA DO SONO COMPLEXA EM PACIENTE COM ATROFIA DE MÚLTIPLOS SISTEMAS: RELATO DE CASO

Autor principal: RODRIGO AMORIM QUESADO

Coautores: YASMIN DE REZENDE BEIRIZ, THATIANA PEREIRA SILVA, MARIA CLARA SOUZA SCHETTINI, VERENA SILVA CALDAS, PAULO SERGIO LINS PERAZZO, NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO, CAROLINA ALMEIDA GRINFELD

Instituição: Hospital Otorrinos de Feira de Santana

Apresentação do caso: J.S.R.N., 57 anos, masculino, procurou atendimento médico devido a queixa de roncos noturnos intensos associado a sonolência diurna, com impacto nas atividades laborais. Sem comorbidades e uso de medicamentos. Usualmente dormia às 22 horas e levantava-se às 6 horas. Ao acordar pela manhã, geralmente tinha sensação de boca seca e sono não reparador. O escore obtido na Escala de Sonolência de Epworth foi 13 (indicando sonolência diurna excessiva). Os dados antropométricos eram: peso 68 kg, altura 1,72, Índice de Massa Corporal (IMC) de 23,05 kg/m². Achados significativos do exame físico incluíam micrognatia, aumento de cornetos inferiores, classificação de Mallampati II e longilíneo. Foi levantada como principal hipótese diagnóstica a Apneia Obstrutiva do Sono (AOS). Realizou-se polissonografia tipo I, com Índice de Apneia e Hipopneia (IAH) de 49,3/hora, com 49 apneia/hora e 0,3 hipopneia/hora, valor acentuadamente aumentado, além de NADIR de 66%. O exame também revelou ronco moderado e intermitente, latência para sono REM aumentada, diminuição da porcentagem do sono REM, eficiência do sono reduzida e índice de despertares breves aumentado. Confirmado o diagnóstico de AOS, foi realizado exame para titulação do CPAP. O paciente foi orientado a iniciar tratamento com pressão de 11 cm H₂O e orientado em relação à higiene do sono. Iniciado tratamento com CPAP nasal. Após um ano de tratamento, o paciente retornou referindo hipertensão noturna, piora da sonolência e mantendo fadiga, apesar do uso adequado do CPAP, referia tontura que atribuía ao uso do CPAP. Foi solicitada nova titulação para CPAP no laboratório do sono, porém ao aumentar a pressão no CPAP para cessar a apneia obstrutiva, ocorria apneia de origem central, mantendo IAH acentuadamente elevado, configurando o diagnóstico de apneia complexa. Foi realizado titulação para BiPAP e com o IPAP de 11 cm H₂O e EPAP de 7 cm H₂O, o paciente apresentou boa tolerância e redução dos eventos obstrutivos e centrais.. Após dois anos em uso do BiPAP, o paciente retorna com queixa de vertigem do tipo desequilíbrio, ataxia, sialorreia e tontura. Estava em acompanhamento com neurologista, com diagnóstico de atrofia de múltiplos sistemas. Ressonância Magnética (RM) de crânio revelou atrofia cerebelar e de ponte bilateralmente.

Discussão: A apneia complexa do sono, também chamada de apneia central do sono emergente do tratamento, é uma forma de apneia central especificamente identificada pela persistência ou surgimento de apneias ou hipopneias centrais com a exposição ao CPAP (ou BiPAP). Ocorre em 5% a 15% dos pacientes com apneia do sono durante a terapia com Pressão Positiva (PP) nas vias aéreas, e os fatores desencadeantes ainda são pouco compreendidos, sendo que a hipocapnia basal, a alcalose metabólica e a hipóxia podem aumentar a probabilidade de desenvolver esse tipo de apneia. Em cerca de 2/3 dos casos, é autolimitada no decorrer da terapia. Se a persistência ou novo início ocorrer mais tarde no curso da terapia com PP, é indicado avaliação adicional, que pode ser feita com ecocardiografia, exame neurológico, histórico de medicação. É um processo dinâmico com resolução espontânea com terapia de pressão positiva na maioria dos pacientes (apneia complexa transitória), persistência em alguns (persistente) ou com novo aparecimento “de novo” em uma minoria de pacientes (apneia complexa atrasada). Em pacientes sintomáticos e quando o IAH é > 15 no seguimento, as opções de tratamento eficazes incluem uma mudança na terapia de ventilação (servoventilação adaptativa ou BiPAP) ou suplementação noturna adicional de oxigênio.

Comentários finais: Ao diagnosticar um caso de apneia complexa, torna-se imprescindível a investigação da doença de base, para que o tratamento seja otimizado e para que o aparelho de PP possa exercer sua função adequadamente de acordo com a particularidade do paciente.

Palavras-chave: apneia complexa; roncos; apneia do sono.

TCP124 SCHWANNOMA EM LIGUA: RELATO DE CASO

Autor principal: GABRIELA JOSEFA MORAES

Coautores: KELLY SATICO MIZUMOTO, LARISSA VENDRAME DE MARCHI, GIOVANNA SANTOS PIEDADE, HENRIQUE MITSUO MURAOKA, CAMILA BLOSS CORDOVA, HENRIQUE RAHAL CHRISOSTOMO, ISABELA CASARI DONIDA

Instituição: Hospital Universitario Evangelico Mackenzie

Apresentação do caso: O artigo descreve o caso de um paciente masculino de 25 anos, com lesão na língua desde o nascimento, com aumento progressivo. Sem sinais flogísticos, a massa era indolor e tinha aproximadamente 5 centímetros. Após a ressecção do tumor, o anatomopatológico revelou neoplasia fusocelular, com celularidade discreta, com ausência de mitoses. A imunohistoquímica resultou em Schwannoma, sem sinais de malignidade. Paciente evolui no pós operatório com resolução das queixas, mantendo motricidade da língua preservada e restante do exame físico sem alterações.

Discussão: O Schwannoma é um tumor benigno e de crescimento lento, originado da bainha dos nervos, e pode surgir em qualquer nervo coberto pela bainha que contém as células de Schwann. O tamanho e localização do tumor determinam a presença e a intensidade de sintomas, mas é em sua maioria assintomático. O tratamento constitui excisão completa do tumor, e a taxa de recorrência é baixa. A biópsia e o exame histológico são essenciais para o diagnóstico. A transformação maligna desse tipo de tumor é rara.

Comentários finais: Os schwannomas intraorais são raros e suas manifestações clínicas podem ser difíceis de distinguir de outros tumores benignos encapsulados, por esse motivo não são comumente um diagnóstico diferencial das lesões orais.

TCP125

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DOS PACIENTES SUBMETIDOS À ENDOSCOPIA DO SONO. EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

Autor principal: ANA LÚCIA CHUNG CARAVANTE

Coautores: MARCO TULIO RAMALHO ZORATTI, BRUNA SOARES GAZZETTA, CAIO VINICIUS SAETTINI, THAIS GONÇALVES MENEZES, RODRIGO DA SILVA BELLUMAT, OTAVIO FERRAZ, DANILO ANUNCIATTO SGUILLAR

Instituição: BP - Beneficência Portuguesa de São Paulo

Introdução: Endoscopia do sono consiste em um exame objetivo para avaliação de áreas de obstrução da via aérea superior com uso de nasofibrosópio flexível e sedação do paciente.

Apesar da disseminação da indicação de tal exame, poucos serviços possuem estrutura para realizar.

Esse trabalho tem como objetivo apresentar as características dos indivíduos submetidos à endoscopia do sono no hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo – BP.

Métodos: Pacientes com síndrome de apneia obstrutiva do sono diagnosticada por polissonografia tipo 1 foram avaliados por exame de imagem complementar Tomografia Computadorizada e cirurgião buco-maxilo-facial experiente para caracterização da anatomia da face. Dados adicionais foram coletados por prontuário.

Resultado: O exame de endoscopia do sono começou a ser realizado no serviço em 2021.

Foram submetidos ao exame 6 pacientes, sendo eles 5 homens (83%) e 1 mulher (17%), idade média de 50 +/- 13 anos.

Os paciente possuíam IMC de 26 +/- 3 kg/m², padrão facial braquifacial (67%), mesofacial (17%) e dolicofacial (17%), oclusão dentária Classe II – Bi-retruso em 100% dos pacientes, comprimento do palato mole 41,9 +/- 7,2 mm, espessura do palato mole 11,5 +/- 1,6 mm, volume retrolingual 3938,7 +/- 1479,8 mm³, volume retropalatal 6732,5 +/- 3304,9 mm³.

Conclusão: Os pacientes submetidos à endoscopia do sono no hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo – BP possuíam na sua maioria alterações craniofaciais, em acompanhamento com cirurgião buco-maxilo-facial. A endoscopia do sono foi fundamental para elucidação dos pontos de obstrução da via aérea superior e melhor definição das opções de tratamento, desde tratamento clínico até cirúrgico.

Discussão: As indicações da endoscopia do sono variam desde avaliação das causas de resultado parcial ao CPAP, avaliação da eficácia do aparelho intraoral, avaliação pré-cirúrgica de faringoplastias e avanços de mandíbula, avaliação dos Resultados parcial de cirurgias faríngeas, e demais.

Apesar das indicações bem definidas, a endoscopia do sono ainda possui limitações e poucos serviços possuem estrutura e profissionais qualificados para sua realização.

Referências Bibliográficas

Aljassim A, Pang KP, Rotenberg BW. Does Drug-Induced Sleep Endoscopy Improve Sleep Surgery Outcomes? Laryngoscope. 2020 Nov; 130(11): 2518-2519.

Chong KB, De Vito A, Vicini C. Drug-Induced Sleep Endoscopy in Treatment Options Selection. Sleep Med Clin. 2019 Mar; 14(1): 33-40.

Stanley JJ. Drug-induced sleep endoscopy: techniques, interpretation and implications. Curr Opin Pulm Med. 2020 Nov; 26(6): 623-628.

Palavras-chave: endoscopia do sono; experiencia do serviço.

TCP126

AVALIAÇÃO DO PERFIL SONOENDOSCÓPICO DE PACIENTES COM OCLUSÃO DENTÁRIA CLASSE II EM SERVIÇO TERCIÁRIO

Autor principal: MARCO TULIO RAMALHO ZORATTI

Coautores: ANA LÚCIA CHUNG CARAVANTE, LUCAS DINIZ COSTA, GABRIEL DONATO AMORIM, CAIO VINICIUS SAETTINI, RODRIGO DA SILVA BELLUMAT, OTAVIO FERRAZ, DANILO ANUNCIATTO SGUILLAR

Instituição: BP - Beneficência Portuguesa de São Paulo

Objetivo: Avaliar padrões sonoendoscópicos de pacientes com oclusão dentária classe II submetidos à sonoendoscopia em serviço terciário de São Paulo de fevereiro a julho de 2022.

Método: Foram analisados seis pacientes de ambos os sexos, com oclusão dentária classe II e diagnóstico de AOS, em avaliação ortodôntica prévia. Todos foram submetidos à sonoendoscopia em serviço privado, no último semestre, com o intuito de definir os sítios de obstrução e grau de colapsabilidade em via aérea superior e, consequentemente, melhor tratamento individualizado - cirúrgico ou uso de aparelho intra-oral. O exame foi realizada sob sedação com uso de propofol em bomba de infusão e índice biespectral (BIS) em centro de hemodinâmica na presença de um anestesiológico. Os sítios de obstrução foram definidos segundo a escala VOTE (em inglês: Velum Oropharynx, Tongue base e Epiglottis).

Resultado: Do total de pacientes avaliados, 5 eram do sexo masculino e 1 do sexo feminino, com média de 49 anos de idade. O sobrepeso ou obesidade, segundo índice de massa corpórea, estavam presentes em 66% desses indivíduos. O IAH variou de 10 a 88 eventos/hora (34,4 +/-), dividindo-se dois casos para cada grau: leve, moderada e grave. À sonoendoscopia, 60% desses pacientes apresentaram obstrução completa (colapso) em estrutura velofaríngea e base de língua. Outros sítios anatômicos também foram observados como potencializadores do estreitamento da coluna aérea: 20% com obstrução completa em orofaringe e 20% com obstrução parcial em epiglote. Pacientes com IAH leve possuíam maior obstrução em epiglote, enquanto pacientes com IAH grave possuíam sítio de obstrução mais importante em região velofaríngea.

Conclusão: A gravidade da AOS bem como o padrão de estreitamento em exame sonoendoscópico podem variar em pacientes com oclusão dentária classe II. A obstrução velofaríngea e em base de língua podem estar acompanhadas de sítios atípicos, sugerindo que uma abordagem individualizada deve ser preconizada diante desses casos. Estudos futuros correlacionando dados clínicos, antropométricos e medidas esqueléticas e de partes moles podem ajudar a prever parâmetros de colapsabilidade em via aérea apontadas à sonoendoscopia.

Discussão: A escolha do tratamento de um paciente com AOS é complexa e deve ser individualizada em virtude de sua fisiopatologia multifatorial e das múltiplas estruturas envolvidas no colapso da faringe. A avaliação dinâmica complementar da via aérea superior através da sonoendoscopia permite uma melhor proposta terapêutica, principalmente em candidatos ao avanço maxilo-mandibular. Nestes casos, os padrões de estreitamento velofaríngeo e em base de língua são esperados e predizem uma boa resposta aos aparelhos intra-orais. No entanto, outros sítios anatômicos podem apresentar um papel expressivo, influenciando na abordagem desses pacientes.

Referências Bibliográficas

- Charakorn N, Kezirian EJ. Drug-Induced Sleep Endoscopy. Otolaryngol Clin North Am. 2016 Dec; 49(6): 1359-1372.
- Gobbi R, Baiardi S, Mondini S, Cerritelli L, Piccin O, Scaramuzzino G, Milano F, Melotti MR, Mordini F, Pirodda A, Cirignotta F, Sorrenti G. Technique and Preliminary Analysis of Drug-Induced Sleep Endoscopy With Online Polygraphic Cardiorespiratory Monitoring in Patients With Obstructive Sleep Apnea Syndrome. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2017 May 1; 143(5): 459-465.
- Kezirian EJ, Hohenhorst W, de Vries N. Drug-induced sleep endoscopy: the VOTE classification. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2011 Aug; 268(8): 1233-1236.

Palavras-chave: sonoendoscopia; oclusão dentária.

Autor principal: PRISCILLA FALCON LACERDA

Coautores: MARIA CLARA ANDRADE TELES DA SILVA, PABLO PINILLOS MARAMBAIA, CARLOS AUGUSTO DE CARVALHO CARRERA, ISABELA MOREIRA GARZEDIM SANTOS, LAISE ARAUJO AIRES DOS SANTOS, DANILO FRANCISCO DOS SANTOS DE LEMOS, BRUNO TOURINHO ARGOLO ARAUJO

Instituição: INOOA

Objetivos: Identificar o perfil dos pacientes que realizaram a videoendoscopia da deglutição (VED) em um serviço privado de otorrinolaringologia de Salvador- BA.

Caracterizar os achados da videoendoscopia da deglutição

Métodos: Trata-se de um estudo observacional, analítico de corte transversal, baseado em dados secundários disponíveis nos prontuários médicos de pacientes submetidos a videoendoscopia da deglutição em serviço privado de otorrinolaringologia na cidade de Salvador-BA no período de maio de 2018 a maio de 2022. O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados coletados foram: idade, sexo, antecedentes médicos, uso de dispositivos enterais, grau de disfagia e principais achados no exame.

Resultados: No período analisado, 112 pacientes realizaram a VED. Desses, a média de idade da amostra foi de 68,27 anos e a prevalência do sexo masculino, 56,3%.

Na análise comparativa entre as idades, a maioria dos pacientes (40,18%) apresentou idade entre 61 e 80 anos, seguido por pacientes com mais de 80 anos (32,1%), 41-60 anos (19,6%), 0-20 anos (4,5%) e 21-40 anos (3,6%).

Para classificação do grau de disfagia, foi utilizado o critério de Macedo Filho, de 2003. Nessa perspectiva, 27,7% apresentavam grau leve, 42% grau moderado e 14,3% grave. 16,1% dos pacientes não apresentavam alteração ao exame. Em relação aos achados na VED, 11,6% dos pacientes apresentavam aspiração, 43% penetração e 28,6% apresentavam apenas achados menores como estase salivar, escape precoce, retenção pós deglutição ou redução do reflexo de tosse.

No critério de antecedentes médicos, 25 pacientes foram excluídos da análise devido dados incompletos em prontuário, dessa forma o numero analisado foi de 87 pacientes. Da amostra, 23% apresentavam histórico de AVE e 9,2% encontrava-se em uso de dispositivos enterais como sonda nasoenteral ou gastrostomia. 11,5% apresentavam Diabetes Mellitus, 26,4% Hipertensão Arterial Sistêmica. 12,6% apresentavam doenças gástricas associadas, como DRGE e gastrite, 6,9% doenças neurodegenerativas, como Parkinson e Alzheimer, 4,6% depressão ou ansiedade. Alterações tireoidianas foram encontradas em 5,4% dos pacientes. 8% da amostra apresentava historia de neoplasia e 4,6% com relato de quimioterapia e/ou radioterapia.

Discussão: A disfagia pode ser definida como a incapacidade de preparar e transportar os alimentos de forma segura, da boca até o estômago. Pode ser causada por fatores mecânicos, neuromusculares, psicogênicos, uso de drogas e redução da reserva funcional natural (presbifagia).

Na literatura, as doenças neurológicas representam a principal causa da disfagia, sendo a sequela de acidente vascular encefálico (AVE) a mais prevalente. Esse dado é confirmado neste presente estudo, estando presente em 23% dos pacientes avaliados.

Em uma análise comparativa entre o grau de disfagia e o gênero, observou-se que as disfagias moderada e grave foram mais prevalentes em pacientes do sexo masculino, enquanto que a disfagia leve e exames sem alterações foram predominantes no sexo feminino.

A disfagia pode provocar um grande comprometimento na qualidade de vida do paciente, podendo até acarretar quadros de maior gravidade, como broncoaspiração e desnutrição.

É de fundamental importância, portanto, o estudo dos pacientes disfágicos através da VED, exame seguro, prático e que fornece informações essenciais sobre a deglutição.

Conclusão: Os dados coletados nesse presente estudo ratificam a literatura, evidenciando uma maior prevalência de disfagia em idosos do sexo masculino, destacando-se os pacientes com sequelas de AVE.

Quanto à classificação do grau de disfagia, a maior parte dos pacientes apresentou um grau moderado. Já em relação aos achados mais importantes dos exames, a penetração foi o mais visto.

Palavras-chave: videoendoscopia da deglutição; disfagia; deglutição.

RELATO DE CASO: SÍNDROME DE LESCH-NYHAN DENTRE OS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DE UM PACIENTE COM SAHOS.

Autor principal: SARA THAIS STEFFENS

Coautores: GUILHERME DE OLIVEIRA LUCIANI, DEBORA EMI SHIBUKAWA, ANNE LOUISE TORTATO DUARTE COSTA BARTH COSTAMILAN, MARCIA LEILA BROTTTO, DANIELLE CALDAS BUFARA, ANA CHRYSTINA DE SOUZA CRIPPA

Instituição: *Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná*

Apresentação do caso: Homem de 24 anos, com discrepância maxilomandibular (Angle III) e um histórico de déficit cognitivo, relatou quadro de roncos desde a infância associado a automutilação e quadros recorrentes de monoartrite. Na polissonografia, foi confirmada a Síndrome da Apneia - Hipopneia Obstrutiva do Sono - SAHOS.

Devido ao diagnóstico de SAHOS, déficit cognitivo e comportamento de automutilação, a hipótese da síndrome de Prader-Willi e da síndrome de Lesch-Nyhan foram levantadas como diagnóstico diferencial. Nos testes moleculares, a análise sugeriu a possibilidade da presença de uma duplicação de 416 bp em exons do gene HGPRT1, mas sem a qualidade mínima para confirmar que se tratava de um evento real. Esta forma variante com atenuação fenotípica foi considerada patogênica.

Discussão: A Síndrome de Lesch-Nyhan é uma doença recessiva congênita que ocorre devido a uma mutação no gene HGPRT1. Manifesta-se como disfunção no metabolismo purínico e sobreprodução de ácido úrico.

Na forma clássica, são observadas deficiências motoras graves, incapacidade intelectual e comportamentos autolesivos. As complicações incluem nefrolitíase e gota. As formas variantes têm fenótipos atenuados, nos quais os pacientes podem ser cognitivamente saudáveis e ter um grau variável de deficiência motora.

O diagnóstico é feito através da estimativa da atividade enzimática HPRT ou de testes moleculares. O tratamento é baseado na administração de alopurinol.

Comentários finais: Vale ressaltar a importância da realização de diagnósticos diferenciais em doentes com síndrome da apneia-hipopneia obstrutiva do sono que apresentem alterações fenotípicas e comportamentais. Neste caso, em específico, houve a suspeita entre a síndrome de Prader-Willi e a síndrome de Lesch-Nyhan, sendo a última o diagnóstico correto da paciente.

É importante reconhecer a síndrome de Lesch-Nyhan como um diagnóstico diferencial de síndromes genéticas associadas à SAHOS, visando o diagnóstico precoce e tratamento adequado para amenizar os sintomas, além de evitar exames desnecessários.

Palavras-chave: síndrome da apnéia do sono; roncos; Lesch-Nyhan.

Autor principal: DANIEL ZUCOLLOTTO CANDEIAS

Coautores: ANA PAULA DIAS FERNANDES, MANUELLA GOES DOS SANTOS RAPOSO, JULIA MARIA MASCARENHAS ALVARENGA, YANE FLÁVIA DE BARROS CURADO FLEURY, HENRIQUE SANTOS FERNANDES, TAMIRES APARECIDA ALVES BORGES, FLAVIA VARELA CAPONE

Instituição: Hospital Federal da Lagoa

Apresentação do caso: Paciente GMF, sexo masculino, 22 anos, avaliado no ambulatório de otorrinolaringologia do Hospital Federal da Lagoa, RJ, apresentando história de lesão em orofaringe com crescimento insidioso há 3 anos, associado a engasgos. Sem comorbidades prévias. História de uso esporádico de anfetaminas. Ao exame apresentava lesão pediculada, aparentemente cística, bem delimitada, projetando-se da região central de amígdala esquerda, móvel à manipulação e à movimentação de língua. Amígdalas grau 1, com criptas evidentes, de aspecto bocelado. Realizada amigdalectomia bilateral, com exérese das amígdalas que apresentavam superfície bocelada e acastanhada, e presença de pólipos pediculados brancos e pardo-claros, de consistência firme-elástica em amígdala esquerda, de 2,7x1,7x0,5cm. Sem intercorrências perioperatórias. Laudo histopatológico evidenciou presença de amigdalite crônica com hiperplasia linfóide reacional e pólipo linfangiomatoso pedunculado de amígdala esquerda. Paciente em seguimento com cicatrização completa de lojas amigdalianas, assintomático e sem crescimento de novas massas desde então.

Discussão: A área da cabeça e pescoço é o local mais comum de manifestação do pólipo linfangiomatoso (PLA), cerca de 90% dos casos, com predomínio da pele e hipoderme, laringe, cavidade oral também podem ser afetadas. As manifestações nas amígdalas são raras. No entanto, é razoável supor que a sua incidência seja subestimada na literatura devido às variações de nomenclatura. Os termos angiomas, fibrolipoma, tumor polipoide de tecido fibroadiposo, pólipo tonsilar hamartomatoso e pólipo linfangiectásico são aplicados para o mesmo tumor. Regauer e Kardon, encontraram uma prevalência semelhante em torno de 2% de todos os tumores da amígdala. Em uma análise retrospectiva, Kardon descreve 26 casos durante um período de 20 anos. Durante um período de 33 anos (Medline 1966-1999) foram capazes de revisar 10 relatos da literatura sobre PLA nas amígdalas. O tumor ocorre tanto na infância como adultos. O tamanho pode ser variado sendo encontrados entre 0,5 cm a 3,8 cm (média de 1,6 cm). No presente caso o tumor havia atingido uma extensão máxima de 2,7 cm. O tamanho do tumor determina os sintomas, sendo os mais relatados: disfagia, engasgos, sensação de corpo estranho e dor cervical. As queixas em mais da metade dos pacientes avaliados persistem por mais de uma década até o diagnóstico final. A histologia pode demonstrar epitélio respiratório na superfície da lesão epitélio escamoso. Em seu interior contém um infiltrado linfocítico composto por vasos linfáticos dilatados em meio a um tecido fibroso, linfóide e/ou adiposo. A coloração imuno-histoquímica com o anticorpo D2-40 e com podoplanina positivas no endotélio dos vasos linfáticos confirmam o diagnóstico. A patogênese do PLA não é clara. Proliferação hamartomatosa e hiperplasia inflamatória crônica parecem estar envolvidas no processo patológico. Tais pólipos pertencem ao grupo de malformações e tem como diagnóstico diferencial tumores benignos como o angiofibroma e as malignidades, sendo o diagnóstico definitivo através de análise histopatológica e imunohistoquímica. A terapia deve ser a remoção cirúrgica curativa do pólipo. Podendo ser realizada amigdalectomia conjuntamente quando a delimitação do tumor não está clara, no presente caso realizou-se amigdalectomia bilateral. Não são encontradas recidivas na literatura, bem como no presente caso com um acompanhamento atual de 6 meses.

Considerações Finais: O pólipo linfangiomatoso da amígdala é uma massa benigna rara das amígdalas. De crescimento lento e insidioso. Macroscopicamente apresenta-se como um tumor esbranquiçado, em sua maioria pediculado, e deve ser considerado no diagnóstico diferencial das massas orofaríngeas.

Palavras-chave: otorrinolaringologia; amígdala; pólipo linfangiomatoso.

IMPACTO DO USO DO ÁCIDO TRANEXÂMICO NA REDUÇÃO DO SANGRAMENTO INTRAOPERATÓRIO DE AMIGDALECTOMIAS

Autor principal: MARIANE ARAUJO GUERRA

Coautores: BÁRBARA CAROLINA MIGUEL JORGE, NATHALIA BASILE MARIOTTI, RUBENS DANTAS DA SILVA JUNIOR, LETICIA GONÇALVES SILVA, PAULA RIBEIRO LOPES, FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR, PRISCILA BOGAR

Instituição: Faculdade de Medicina do ABC

Objetivos: Avaliar a efetividade do uso de ácido tranexâmico, por via oral, em relação ao placebo, na redução do volume do sangramento intraoperatório de amigdalectomias realizadas em adultos em um serviço de saúde terciário.

Métodos: Trata-se de um estudo em curso, de intervenção, do tipo ensaio clínico, randomizado, duplo cego, onde estão sendo selecionados 30 participantes, com idade a partir de 18 anos, com indicação de amigdalectomia.

Cada participante recebe dois comprimidos, duas horas antes da indução anestésica, podendo estes serem de ácido tranexâmico de 500 mg, totalizando 1000 mg no grupo intervenção, enquanto o grupo controle recebe dois comprimidos de placebo, de formato e peso idênticos aos comprimidos do outro grupo. O sangramento ocorrido durante o procedimento cirúrgico é quantificado em frasco coletor e são coletados exames laboratoriais para dosagem de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht) na indução pré-anestésica e repetida após seis horas, a fim de realizar uma comparação entre os parâmetros hematimétricos pré e pós-cirúrgicos, entre os dois grupos avaliados.

Resultados: Até o presente momento, compõem o estudo 9 participantes, sendo 6 pertencentes ao grupo controle e 3 ao intervenção, com média de idade de 32,1 no grupo controle e 34,6 no grupo intervenção, todos do sexo feminino e IMC (Índice de Massa Corpórea) médio de 26,4 Kg/m² no grupo controle e 29,5 Kg/m² no grupo intervenção. Com relação às comorbidades, apenas um participante, sendo este do grupo controle, tem diagnóstico prévio de dislipidemia.

O tempo de cirurgia médio no grupo controle foi de 57,5 minutos, enquanto no grupo intervenção foi de 43,3 minutos. Com relação à perda de sangue durante o procedimento cirúrgico, a média do grupo controle foi de 233 ml e a do grupo intervenção 160 ml. Já a variação de hemoglobina pré e pós procedimento, houve aumento de 1,0 no grupo controle e queda 0,07 no grupo intervenção.

Aplicando-se o teste t de Student, a variável Hb antes e após cirurgia, não mostrou diferença significativa entre os grupos controle (P 0,078) e intervenção (P 0,44). Assim como não houve diferença entre Ht entre grupo controle (P 0,25) e intervenção (P 0,48). Os dois grupos foram homogêneos em idade (P 0,36), IMC (P 0,36), tempo cirúrgico (P 0,12), quantidade de sangramento intraoperatório (P 0,11), Hb e Ht pré operatórios. Analisando-se o pós operatório, não houve diferença entre os grupos com relação ao sangramento intraoperatório, Hb e Ht antes e depois do procedimento de forma significativa.

Discussão: Estudos que utilizam ácido tranexâmico, por via oral, profilaticamente em amigdalectomias ainda são escassos. Assim, os estudos presentes na literatura em sua maioria se tratam da administração intravenosa da medicação.

Fornazieri et al (2021) realizaram um estudo clínico randomizado, que incluiu 63 crianças de 2 a 12 anos, que receberam ácido tranexâmico intravenoso (10 mg/kg) ou placebo 10 minutos antes da cirurgia. O volume de sangramento intraoperatório foi avaliado, não havendo nenhuma diferença no volume de sangramento entre os grupos. Já Castelli e Vogt (1977) avaliaram o sangramento intra-operatório e pós-operatório em 80 adultos submetidos a tonsilectomia, observando redução significativa no volume de sangramento intra operatório no grupo de intervenção (administração de ácido tranexâmico intravenoso) em comparação com o grupo controle.

Com relação à administração por via oral, Eftekharian e Rajabzadeh (2016) avaliaram a dose de 1000mg profiláticos em rinoplastias, havendo significância estatística na redução do sangramento intraoperatório quando comparado ao grupo controle (placebo).

Conclusão: Na literatura, não há trabalhos que utilizem o ácido tranexâmico, por via oral, de maneira profilática para amigdalectomias. Diante disto, o presente estudo visa contribuir com a melhor assistência aos pacientes amigdalectomizados e fomentar a literatura acerca do uso oral de ácido tranexâmico profilático em amigdalectomias.

Palavras-chave: sangramento pós amigdalectomia; tonsilectomia; ácido tranexâmico.

Autor principal: ESTEFANI MOLINAR

Coautores: ANDRESSA CORTES CAVALLERI, MARINA DANTAS CARDOSO DE MEDEIROS, TAIANE SILVA PAIXAO, LARISSA ELISA MARIN, MARÍLIA ROCHA KINTSCHEV, MARCELA DIAS DE OLIVEIRA LIMA, RAFAEL BIRAL MAGNOLER

Instituição: Hospital Regional de Presidente Prudente

Apresentação do caso: Paciente, sexo feminino, 64 anos, tabagista. Iniciou acompanhamento no serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Regional de Presidente Prudente por queixa de obstrução nasal unilateral, em narina direita, há cerca de oito meses. Negou presença de outros sintomas como rinorreia, coriza, algia ou hiposmia. À rinoscopia apresentava abaulamento em região lateral de fossa nasal direita, compressível e sem sinais flogísticos associados. Na tomografia computadorizada de seios da face evidenciou-se formação nodular sólida na borda lateral da narina direita em contiguidade com a concha nasal inferior, sem realce, medindo cerca de 26 x 18 x 17mm. Frente às características clínicas e tomográficas aventou-se a hipótese diagnóstica de cisto nasoalveolar, prosseguindo-se com exérese cirúrgica pela técnica de Caldwell-luc. Na análise anatomopatológica identificou-se formação cística revestida por epitélio do tipo malpighiano não queratinizado com formações císticas tortuosas apoiadas em estroma conjuntivo fibrilar denso, sendo o mesmo compatível com cisto odontogênico, e assim, vindo ao desencontro da hipótese diagnóstica inicialmente aventada.

Discussão: Cistos odontogênicos são comuns na prática clínica odontológica e maxilofacial, e geralmente são lesões revestidas por tecido epitelial que derivam do epitélio odontogênico, contendo em seu interior substância líquida ou semi-sólida. Em sua maioria, são de crescimento assintomático e localizados nos ossos maxilares.

Comentários finais: Considerando as etiopatogenias e os diversos subtipos de cistos presentes nos ossos maxilares, o diagnóstico definitivo será firmado mediante o estudo histopatológico da lesão. Sempre que possível, o tratamento de escolha dos cistos odontogênicos deve ser a enucleação cirúrgica, permanecendo a descompressão cística para os cistos mais extensos.

Palavras-chave: cisto odontogênico; cisto nasolabial.

TCP132

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E TRATAMENTO DA CANDIDOMICOSE ORAL EM PACIENTES EM USO DE PRÓTESE DENTÁRIA**Autor principal:** JOÃO PEDRO ORTEGA FUZETTI**Coautores:** PAULO EDUARDO PRZYSIEZNY, IGOR CHIARADIA, FELIPE, LEONARDO SPULDARO, VITORIA YURI MIAZAKI VILLANOVA, ELIZABETH AMANN SIMÕES, GIOVANA KNAPIK BATISTA**Instituição:** *Faculdades Pequeno Príncipe*

O objetivo da presente pesquisa foi identificar diagnósticos diferenciais e os tratamentos disponíveis para candidomicose oral em pacientes que fazem uso de prótese dentária, com enfoque em estudos relacionados a etiologia, diagnóstico e tratamento da candidomicose oral. Foi realizado um estudo cienciométrico a partir da análise de artigos dos anos de 1996 a 2014 disponibilizados na base de dados pubmed, utilizando os descritores de busca: “*Candidomicose oral*”; “*Candidíase*”; “*prótese dentária*”. Assim, foram identificados 2000 artigos no período de busca que ocorreu entre março e dezembro de 2021, dos quais 37 artigos foram selecionados conforme os critérios de inclusão.

Palavras-chave: candidomicose; candidíase; prótese dentária.

ANGIOEDEMA UNILATERAL DE LÍNGUA DESENCADEADO POR INIBIDOR DA ENZIMA CONVERSORA DA ANGIOTENSINA

Autor principal: NATHÁLIA MEDEIROS REBELLO

Coautores: FERNANDA MONTEIRO PEREIRA, ISABELA GUEDES DE MELO CHAGAS, LEONARDO BRANDINI SANCHES, ANDRÉ LUIS PEREIRA VIEIRA, LARISSA MOLINARI MADLUM, KATIA CRISTINA COSTA, GUSTAVO PEGOS RODRIGUES COY

Instituição: Hospital Puc Campinas Celso Pierro

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, caucasiana, de 60 anos procurou o pronto atendimento do Hospital PUC-Campinas com queixa de edema progressivo da língua há 12 horas associado à disfagia leve. Negava dor, parestesias, dispneia, lesões na pele, sintomas gastrintestinais ou outras queixas. Negava episódios semelhantes anteriores, alergias a medicações ou antecedente familiar de angioedema. A paciente fazia reposição hormonal com tibolona e estava em uso de levotiroxina para manejo de hipotireoidismo. Além disso, era hipertensa, tratada com enalapril 10mg há 15 anos. Fez uso desta medicação na noite anterior pouco antes do início dos sintomas. Na avaliação inicial ela se apresentava em bom estado geral, sem qualquer desconforto respiratório. Sua pressão era de 140/86mmHg e a saturação era de 97% em ar ambiente. Demais parâmetros encontravam-se dentro dos limites da normalidade. À oroscopia foi observado edema e enantema de hemilíngua direita sem acometimento contralateral. Não apresentava dor a palpação da língua e a sua mobilidade estava preservada. Não tinha outras lesões da cavidade oral e a palpação do pescoço era normal. Inicialmente foi solicitado uma tomografia computadorizada de pescoço com contraste para afastar trombose de artéria lingual, que foi descartada, e um hemograma que estava dentro da normalidade. Foi confirmada então a suspeita de angioedema unilateral da língua secundário ao uso de inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) e prescrito hidrocortisona 500 mg e difenidramina 50 mg endovenoso. A paciente apresentou melhora significativa do edema e disfagia após duas horas e permaneceu em observação clínica durante 12 horas por apresentar risco de via aérea secundário ao edema. A paciente teve alta e foi orientada a substituir o enalapril por anlodipino. Foi reavaliada em 7 dias e após dois meses do quadro sem recorrência dos sintomas.

Discussão do caso: O angioedema induzido por IECA enquadra-se nos angioedemas secundários à elevação de bradicinina (angioedema adquirido não-histaminérgico). Como a enzima conversora de angiotensina é a principal enzima envolvida na degradação da bradicinina, sua inibição leva ao aumento das concentrações séricas deste mediador e pode causar angioedema. Por este motivo, o tratamento com corticoesteróides, anti-histamínicos e epinefrina é pouco efetivo, uma vez que o papel da histamina nesses casos é limitado. 0,1 a 0,7% dos indivíduos que tomam IECA podem desenvolver angioedema, sendo este risco mais alto em afrodescendentes, fumantes, idosos e no sexo feminino. O angioedema induzido por IECA envolve mais frequentemente a face, língua, orofaringe e laringe, sendo raros os casos em outras localidades. O angioedema induzido por IECA é relativamente comum, porém o envolvimento unilateral da língua é bastante raro e apenas oito casos foram relatados previamente na literatura. O tempo médio para o início do quadro de angioedema é de 1,8 anos, no entanto, em 25% dos pacientes os sintomas podem ocorrer no primeiro mês de uso do IECA. O IECA deve ser interrompido em todos os pacientes com angioedema recorrente, sendo este o principal pilar do tratamento, mesmo em caso de surgimento tardio. É importante manter em observação clínica o paciente na vigência do edema para proteção de vias aéreas, uma vez que alguns casos podem evoluir com desconforto respiratório e necessidade de intubação e ventilação mecânica. Pacientes que não respondem as medidas iniciais podem ser manejados com acetato de icatibanto, um antagonista de receptores B2 da bradicinina.

Comentários finais: A relação entre IECA e angioedema de língua é bem estabelecida, porém o angioedema unilateral de língua é uma Apresentação atípica. O uso de IECA deve sempre ser interrogado em pacientes com edema em qualquer topografia da via aérea alta, para se descartar o angioedema induzido por IECA, uma vez que estes pacientes são potencialmente graves por apresentarem risco de via aérea.

Palavras-chave: angioedema unilateral lingua; angioedema adquirido; angioedema por ieca.

TCP134

TORUS PALATINO COMO ACHADO INCIDENTAL NA CONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA: UM RELATO DE CASO**Autor principal:** EMILY BARBOSA DO NASCIMENTO**Coautores:** EUSTACIA PANTOJA DA COSTA, MATHEUS VINÍCIUS DE SOUZA CARNEIRO**Instituição:** *Universidade Federal do Amazonas*

Apresentação do caso: N.M.V.F, sexo feminino, 44 anos, procurou serviço de referência de otorrinolaringologia em Manaus-Amazonas com queixa desde a infância de otorreia de repetição à direita, sendo diagnosticada com otite média crônica colesteatomatosa à direita e encaminhada para avaliação. Durante o exame físico da consulta, foi visualizado na oroscopia lesão exofítica endurecida, de cerca de 2,5 cm por 01 cm, em região mediana de palato duro, coberto por mucosa normocorada, sem sinais infiltrativos. Quando questionado à paciente desta lesão, a mesma negou fator causal aparente do aparecimento (historia familiar ou trauma local) e referiu leve disfagia para sólidos, mas sem comprometimento da qualidade de vida. Foram realizadas orientações quanto ao provável diagnóstico do quadro, solicitado tomografia de face para avaliação (no aguardo do resultado) e indicado acompanhamento da lesão.

Discussão: O torus palatino se apresenta mais no sexo feminino (2: 1), existindo relação na densidade óssea das mulheres com fatores sistêmicos, como no período pós-menopausa. Seu crescimento é gradual, aumentando durante a segunda e terceira década de vida quando é comumente notado pelos pacientes e profissionais. Para obter um diagnóstico preciso das exostoses e eliminar a possibilidade de outras patologias, deverão ser realizados exames complementares. O diagnóstico diferencial inclui osteomas (tumores benignos), osteossarcoma e condrossarcoma (tumores malignos primários), locais de tumor secundário ou hematoma subperiosteal ossificado. O torus palatino é assintomático na maioria das vezes e só possuem indicação de remoção cirúrgica caso interfiram nos processos de posicionamento normal da língua, da fonação, da mastigação, da deglutição ou por razões estéticas, necessidade de cirurgia periodontal e de implante para fornecer osso para aumento do rebordo alveolar.

Comentários finais: Torus palatino é uma exostose geralmente assintomática, que pode apresentar crescimento significativo e causar transtornos ao paciente, tendo poucas publicações na Amazônia, principalmente com pacientes sintomáticos. Neste relato vemos uma paciente com queixa de disfagia leve, devido à lesão, mas sem impacto importante na qualidade de vida, devendo ser acompanhada quanto à possibilidade do crescimento e necessidade de tratamento cirúrgico.

Palavras-chave: torus palatino; achado incidental; bucofaringologia.

Autor principal: CAMILLA BEZERRA DA CRUZ MAIA

Coautores: IAGO ALVES RODRIGUES, ADRIANA FERREIRA POTIGUARA RIBEIRO, MANUELA CAVALCANTI MAGALHÃES, ITALO RAFAEL NOVAIS ROCHA, CIBELLE GOMES DE OLIVEIRA FERNANDES, CINTIA VASCONCELOS MAPURUNGA BANDEIRA, KILDARE QUEIROGA CAVALCANTI FILHO

Instituição: Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ

Apresentação do caso: M. R. S., masculino, 54 anos, compareceu ao consultório apresentando queixa de abaulamento e dor na região submandibular à direita. Durante a oroscopia, observou-se edema no ducto e presença de secreção purulenta sendo drenada pelo óstio ao pressionar a glândula submandibular direita. O tratamento medicamentoso prescrito foi corticoide (Prednisolona 40mg durante 5 dias) e antibiótico Azitromicina 500mg – 1 comprimido ao dia durante 5 dias), visando a melhora do quadro infeccioso (sialodinite). Também foi solicitado ultrassonografia de glândula salivar. Na consulta de retorno, o paciente relatou que houve a expulsão do cálculo de tamanho considerável e melhora dos sintomas.

Discussão: Sialolitíase é considerada a patologia mais comum das glândulas salivares. Ocorre quando há obstrução do ducto excretor ou da glândula salivar. A causa da obstrução é a formação de um sialocito. Tem maior prevalência no sexo masculino, entre a terceira e sexta década de vida, sendo raro e em crianças. A etiologia é diversificada, podendo ser medicamentosa, por desidratação e por gota. Nos adultos as principais causas são relacionadas à higiene da cavidade bucal, uso de álcool e fumo. A glândula submandibular é a mais acometida (80%), quando comparada à parótida (15%) e à sublingual (5%) devido a alguns motivos, como sua anatomia. O ducto da glândula submandibular além de ser longo e tortuoso, circunda o músculo milo hioideo, e a secreção no sentido antigravitacional contribui com a determinação da prevalência. Geralmente os sialocitos são únicos (70 a 80%), mas podem ser múltiplos. A patologia pode ser assintomática ou sintomática, que podem causar dor, desconforto principalmente durante a mastigação e aumento de volume (na localização do sialocito). Como complicações ocorrem processos inflamatórios e infecciosos, como no caso descrito. O diagnóstico pode ser estabelecido através da anamnese, exame físico com oroscopia, sendo útil também exames de imagem, como ultrassonografia ou tomografia computadorizada. O tratamento varia desde terapia conservadora que consiste em aumentar a ingesta hídrica, alimentos ácidos e também o tratamento cirúrgico através da sialolectomia transoral, realizada sob anestesia local.

Comentários finais: A glândula submandibular em virtude da anatomia tortuosa mostra-se mais susceptível ao aparecimento de sialólitos e fatores predisponentes como uma saliva mais alcalina, trauma no ducto, infecção ou inflamação. Sialolitíase é uma das afecções salivares mais prevalentes. O tratamento conservador apresenta êxito com poucas intercorrências associadas. Porém, necessitam de recursos tecnológicos e pessoal impactando na aplicabilidade de técnicas menos invasivas. Sendo assim, a sialolectomia é a opção mais utilizada, apesar dos impactos na morbidade.

Referências Bibliográficas: FOLCHINI, S.; STOLZ, A. B.; Sialólitos na glândula submandibular: relato de caso. Odontol. Clin.-Cient. Recife v.15, n.1, jan./mar. 2016. Disponível em: revodonto.bvsalud.org/scielo. Acesso em: 12 jul. 2022. LINS, L. S. da S. et al. Sialoadenite esclerosante crônica em glândula salivar menor. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.19, n.1, p. 30-32, jan./mar. 2019. Disponível em: revistacirurgiabmf.com/2019/01/Artigos/06Artigo.pdf. Acesso em: 10 ago. 2022

NOGUEIRA, E. F. de C. et al. Tratamento cirúrgico de sialólito no ducto da parótida: relato de caso. Arch Health Invest, Recife v.10, n.7, p. 1184-1187, jul. 2021. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArchI/article/view/5418/7200>. Acesso em: 06 ago. 2022

OLIVEIRA, M. M. M. et al; Sialólito de grandes dimensões em ducto de glândula submandibular: relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.19, n.2, p. 33-36, abr./jun. 2019. Disponível em: <https://www.revistacirurgiabmf.com/2019/02/Artigos/07ArtClinico.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2022.

SIMÕES, N. M. et al; Sialólitos em glândula submandibular: Relato de caso. Arq. Bras. de Odontol., v.12, n.2, p. 57-60, 2019. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/Arquivobrasileiroodontologia/article/view/21148>. Acesso em: 10 ago. 2022..

Autor principal: CAIO EDDIE DE MELO ALVES

Coautores: GUSTAVO LEITE ANTUNES, ALVARO SIQUEIRA DA SILVA

Instituição: Fundação Hospital Adriano Jorge

Apresentação do caso: MNVM, sexo feminino, 68 anos, encaminhada pelo cirurgião de cabeça e pescoço à um Serviço de Referência em Otorrinolaringologia no Amazonas, para realização de biópsia de lesão ulcerada na língua que surgiu em maio de 2021. Fazia tratamento com especialista há 02 anos para Penfigoide bolhoso. Mesmo com o tratamento regular da patologia de base, as lesões orais bolhosas permaneciam e, por vezes, rompiam-se e sangravam. Queixava-se também de globus faríngeo e leve disfagia. Foi instituído ela equipe gargarejo com bicarbonato de sódio e triancinolona pomada, havendo melhora dos sintomas. Ao exame físico, observou-se a presença de placas esbranquiçadas, ulcerativas de bordos irregulares, nas laterais da língua e em mucosa jugal bilateral, não friáveis e homogêneas, com cerca de 3-4 centímetros. À rinoscopia, estenose em vestibulo nasal, mucosas hiperemiadas e secreção crostosa amarelada em septo. Aventou-se, então, a hipótese diagnóstica de reativação do Penfigoide bolhoso em mucosa oral e sequela nasal (estenose). As condutas tomadas foram a realização de gargarejo via oral com solução de bicarbonato de sódio e 50 mg de ácido acetilsalicílico duas vezes ao dia por três dias seguidos com pausa por dois dias; timomodulina 80 mg via oral duas vezes ao dia e pantoprazol 20 mg via oral pela manhã.

Discussão: O Penfigoide bolhoso é uma doença autoimune crônica, autolimitada, subepidérmica. Se trata de uma doença rara, que atinge principalmente idosos, por volta dos 70 anos de idade, como na paciente do caso relatado, sem predileção étnica, racial ou sexual. É causada por autoanticorpos IgG desenvolvidos pelo organismo contra proteínas BP 203 e BP180, presentes na membrana basal e responsável por manter a conexão entre epiderme e derme, tal resposta autoimune está relacionada frequentemente à algumas drogas, causando o surgimento de lesões vesicobolhosas subepidérmica. Se apresenta clinicamente com prurido, placas eritematosas, que evoluem para grandes bolhas tensas sobre pele eritematosa ou normal, com conteúdo hemorrágico na maioria dos casos. Em 30% dos casos atingem a mucosa oral, nasal ou conjuntival, assim como na paciente deste trabalho que apresentou acometimento oro-nasal. Para definição diagnóstica é necessário a realização de biópsia das bordas das lesões com estudo histopatológico e imunofluorescência, sendo possível identificar microscopicamente qual camada foi afetada, sendo no Penfigoide bolhoso a camada subepidérmica.

Comentários finais: O Penfigoide bolhoso é a doença bolhosa mais comum, mas ainda sim é rara tanto na cavidade oral quanto nasal. Portanto, se faz necessário acompanhamento especializado, não apenas com o reumatologista ou dermatologista, mas também com o otorrinolaringologista, tendo em vista a chance de acometimento de mucosa oral, nasal e faríngea. Dado o envelhecimento da população, com múltiplas comorbidades e exposição facilitada a drogas que podem desencadear a doença, torna-se ideal a investigação desta como diagnóstico diferencial de lesões bolhosas em cavidades buco-nasais.

Palavras-chave: penfigoide bolhoso; bucofaringologia; lesão bolhosa.

Autor principal: CLARA ROSENBERG SCHNEIDER

Coautores: DANIELA SANTOS BOSAPO, VITOR GOUVEIA SOARES, DÉBORA CAROLINA ESTEVES REIS, IGOR GOUVEIA SOARES, JOSE ELI BAPTISTELLA

Instituição: Rede Mario Gatti

Caso Clínico: Criança de 6 anos do sexo masculino, deu entrada no Serviço de Urgência em janeiro de 2022 por tumefação unilateral da região parotídea esquerda, com algumas horas de evolução. Conforme relatado pela família, a criança estava enchendo balões antes do aparecimento dos sintomas. O paciente não apresentava queixa de dor, queda do estado geral, febre ou mal estar. Ao exame físico foi possível averiguar a presença de crepitações subcutâneas em hemiface esquerda, com cavidade oral sem alterações. Submetido a exame tomográfico compatível com a presença de ar limitado a região parotídea esquerda. Optado pela não introdução de antibioticoterapia profilática, a evolução foi autolimitada, com melhora importante em 48 horas e resolução completa após poucos dias.

Discussão: A tumefacção das glândulas parótidas pode resultar de variadas situações, como infecções, neoplasias, doenças autoimunes, endócrinas ou granulomatosas. A pneumoparótida é uma causa rara de tumefacção parotídea uni ou bilateral, caracterizada pela presença de ar no interior da glândula, com ou sem inflamação.

Se apresenta com abaulamento indolor súbito ou rapidamente progressivo na glândula parótida após um episódio de aumento na pressão intraoral. Em situações normais, diversos fatores anatomicos impedem o refluxo salivar e a entrada de ar pelo ducto de Stensen. Dentre eles, destacam-se a presença de pregas mucosas ao redor do orifício do ducto, o diâmetro do orifício menor que o do canal, e a compressão pelo músculo bucinador. Portanto alterações anatômicas nos fatores citados podem estar relacionadas a etiopatogenia da pneumoparótida.

Seu tratamento é clínico de suporte com retirada do fator causal, e a evolução é benigna e autolimitada na grande maioria dos casos. Complicações possíveis advindas desta patologia envolvem a eventual ruptura do sistema canicular e da cápsula parotídea, levando a extensão do ar pelos planos locais e regionais – face, pescoço, tórax, o que pode demandar a realização de exame radiográfico para excluir pneumotórax ou pneumomediastino. Além disso, nos casos recorrentes pode ocorrer uma predisposição a sialectasias e a parotidites de repetição.

Nos casos recorrentes de pneumoparótida, a medida mais eficaz é a identificação do evento desencadeante e aconselhamento. Nas situações ocupacionais deve ser orientado a contração do músculo bucinador enquanto sopram. Aos doentes em que se suspeita de patologia do foro psiquiátrico deve ser disponibilizado apoio psicológico. Há ainda a opção de tratamento cirúrgico, reservado para casos refratários, que pode envolver desde a ligadura ou reposicionamento do canal parotídeo, sendo possível até parotidectomia.

Tabela de fatores etiológicos para pneumoparótida

Ocupacional; Sopradores de vidro; Músicos – instrumentistas de sopros; Mergulhadores; Iatrogênica; Tratamentos dentários; Espirometria; Ato anestésico; Auto-induzida; Manobra de Valsalva; Encher balões; Assoar do nariz; Encher pneus de bicicleta diretamente com a boca; Outros

Doenças pulmonares crônicas (fibrose cística; doença pulmonar obstrutiva crônica)

Alterações anatômicas dos mecanismos protetores (hipertrofia do músculo masséter; hipotonia do músculo bucinador; canal parotídeo alargado)

Traumatismo da face

Considerações Finais: O sucesso para um diagnóstico precoce está assentado na identificação da presença de ar na região parotídea e na procura de um fator desencadeante, seguido de aconselhamento sobre o mesmo evitando a evolução para a cronicidade.

Palavras-chave: pneumoparótida; glândula parótida; tumefação facial.

Autor principal: GIORGIA LABATUT

Coautores: GABRIELA CALDASSO DE ÁVILA

Instituição: Universidade Católica de Pelotas

Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico e a frequências dos casos de internação por faringite aguda e amigdalite aguda no estado do Rio Grande do Sul no período de junho de 2017 a junho de 2022.

Metodologia: Estudo ecológico descritivo. Os dados foram obtidos através das Informações de Saúde (TABNET) pela plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no período de junho de 2017 a junho de 2022 utilizando as variáveis: faixa etária, taxa de mortalidade, óbitos, regiões do Brasil e o CID 10 de faringite aguda e amigdalite aguda.

Resultados: Foram identificados 1810 internações no estado do Rio Grande do Sul por faringite aguda e amigdalite aguda no período entre junho de 2017 e junho de 2022. As cidades com maior número de internações no estado foram Santo Ângelo, Cachoeira do Sul e Porto Alegre com 127, 122 e 104 internações, respectivamente. Desse total, 923 internações foram do sexo masculino (50,99%) e 887 internações do sexo feminino (49%), com variação de idade entre 1 e acima de 80 anos, sendo a faixa etária mais acometida de 1 a 4 anos de idade, o que representa 657 casos, 36,29% do total. Em relação à cor/raça, a cor branca foi a mais acometida com 1220 do total de casos, correspondendo a 67,40% dos casos. A taxa de mortalidade foi de 0,17% no Rio Grande do Sul por faringoamigdalites agudas com apenas 3 evoluções para óbito no período estudado.

Discussão: Observa-se que a população acometida pelas faringoamigdalites agudas varia pouco em relação ao sexo, mas apresenta considerável predominância da faixa etária pediátrica, principalmente entre 1 a 4 anos e também acomete principalmente a cor/raça branca. As faringoamigdalites agudas geralmente se apresentam como quadros autolimitados de etiologia viral, mas também podem ter origem bacteriana e evoluir para complicações mais graves, como, por exemplo, abscesso periamigdaliano, febre reumática, glomerulonefrite aguda e escarlatina, que podem levar ao aumento das internações e mortalidade pela doença, que atualmente apresentam-se baixas com taxa de mortalidade de 0,17% nos últimos 5 anos no estado do Rio Grande do Sul. Ao comparar o período entre junho de 2017 a dezembro de 2020, em que ocorreram 1.232 internações e 1 evolução para óbito, e o período entre janeiro de 2020 e junho de 2022, em que ocorreram 578 internações e 2 óbitos por faringoamigdalite aguda, constata-se que o número de internações reduziu acima da metade (53,09%) das internações analisadas no mesmo intervalo de tempo anterior, contudo, apesar de baixo, é possível informar que o número de óbitos dobrou no comparativo de tempo analisado.

Conclusão: O presente estudo mostra-se importante ao identificar a frequência e o perfil epidemiológico dos casos de internação e evoluções a óbito decorrentes das faringoamigdalites agudas no estado do Rio Grande do Sul nos últimos 5 anos. Constata-se que, embora a taxa de mortalidade estudada seja baixa, é necessário ter conhecimento sobre os principais sintomas dessas doenças e sobre suas possíveis complicações para realizar o diagnóstico diferencial e o tratamento de forma adequada, a fim de evitar a evolução da doença para complicações que levem a maiores índices de internação e também a prescrição inadequada de antibióticos e maiores custos ao sistema de saúde. Diante disso, é importante observar que o presente estudo apresenta como limitação o fato de se basear em uma base de dados secundários, o DATASUS, em que pode haver uma subnotificação do número de casos reais desta patologia. Dessa forma, essa análise se mostra relevante na medida em que sugere a realização de estudos longitudinais que possam avaliar de maneira ainda mais fundamentada o número de internações e morbimortalidade de faringite e amigdalite aguda.

Palavras-chave: faringite aguda; amigdalite aguda; internações faringite e amigdalite agudas.

Autor principal: NATALIA BORTOTTI LOUREIRO

Coautores: MARIA NOEL MARZANO PETRUZZI, SERGIO HENRIQUE KIEMLE TRINDADE

Instituição: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC-USP)

Objetivo: Simular e descrever o escoamento de ar dentro da cavidade nasal (CN) de três adultos, um com fissura labiopalatina (FLP) e ronco primário (RP), um com FLP e apneia obstrutiva do sono (AOS), e um sem FLP com AOS, por meio de fluidodinâmica computacional (FDC).

Método: Foram selecionados três indivíduos do sexo masculino com sintomas respiratórios, sendo: 1) FLP bilateral e ronco primário (IAH=1,1 eventos/hora); 2) FLP bilateral e AOS moderada (IAH=27,0 eventos/hora); 3) sem FLP e com AOS severa (IDO=102,0 eventos/hora). Os modelos 3D das CN foram criados no ITK-SNAP versão 3.8.0 e os CADs, produzidos no software SpaceClaim (Ansys 2020R2). Para a análise CFD, os CADs foram importados para o Fluent Meshing (Ansys 2020R2) onde malhas tetraédricas com três camadas de prisma na parede foram desenvolvidas, pelo método Watertight Geometry. No Fluent (Ansys 2020R2), utilizou-se o modelo físico K-epsilon Realizable para simulação de fluxo aéreo (adiabático e estacionário) em condições ventilatórias de repouso (15 l/min). As propriedades do fluido foram consideradas constantes (densidade=1.225 kg/m³, viscosidade=1.7894E-05 kg/m-s). Estimaram-se as variáveis: velocidade, pressão, estresse da parede e dissipação de energia turbulenta.

Resultados: Nos três casos a maior variação nos valores de pressão ocorreu da válvula nasal até o terço médio da CN (altura da concha nasal média e inferior), sendo a diferença maior no caso com FLP+AOS. A análise qualitativa, sugere que o maior ganho de velocidade, dá-se também nessa área. No indivíduo sem FLP, notou-se ganho de velocidade adicional no limite superior da nasofaringe, mais pronunciado que naqueles com FLP. A dissipação de energia acompanhou as áreas de maior pressão e velocidade, concentrando-se entre a válvula nasal, nos três casos. Consequentemente, gerando um maior estresse na parede, devido ao fluxo transicional – de laminar para turbulento – nesta região.

Discussão: Os pacientes com FLP, apresentam na válvula nasal os maiores ganhos de pressão, velocidade, turbulência e estresse da parede. Isso pode ser explicado pelas alterações morfológicas da asa nasal e columela, associadas à FLP que sabidamente prejudicam a função da válvula nasal externa. Simultaneamente, o estresse ocasionado pelo turbilhonamento do ar, no nível da válvula nasal, poderia explicar os sintomas de obstrução nasal. Já que o estresse ocasionado pelo ar, pode causar dano tecidual e alterações inflamatórias locais. Posteriormente à válvula nasal, o ar assumiu características de linearidade até o limite superior da nasofaringe, compensando o comportamento desfavorável do ar na região do vestibulo nasal. Estes achados explicam o menor índice de IAH em indivíduos com FLP, apesar dos sintomas respiratórios. Por outro lado, no indivíduo sem FLP, além das alterações fluidodinâmicas do ar constatadas na válvula nasal, evidenciou-se uma segunda região de ganho de velocidade, o limite superior de nasofaringe. Sugere-se que isso prejudique a passagem de fluxo aéreo para a região da faringe, aumentando o risco de colapso dessa estrutura e elevando a severidade de AOS. Uma hipótese relevante para a região superior de nasofaringe não ter apresentado ganhos de pressão e velocidade tão significantes no paciente com FLP+AOS é a própria presença de FLP, a qual, assim como a palatoplastia primária, acaba por interferir no desenvolvimento do palato posterior. O que poderia ser visto como um possível mecanismo de defesa dos pacientes com FLP contra a maior severidade da AOS, uma vez que a resistência aérea nesse sítio é menor nesse grupo específico de indivíduos.

Conclusão: A simulação por FDC auxiliou na avaliação morfofuncional de cada CN, evidenciando características do fluxo aéreo que podem contribuir para o desenvolvimento de AOS. Os indivíduos com FLP+AOS aparentam ter o fluxo aéreo mais alterado no nível da válvula nasal somente, resultando em sintomas respiratórios, porém com menor probabilidade de colapso faríngeo, e por isso com menores valores de IAH que naqueles sem a anomalia.

Autor principal: RAVI RODRIGUES DE LIMA

Coautores: LILAYNE KARLA DE SOUZA ARAUJO, ANDRÉ FILIPI SANTOS SAMPAIO, CAMILA TONELLI BRANDÃO, EMANUELA YUMI FUGISAWA DE MELLO, REBECCA GALLARDO FRANCO DE ANDRADE, VINICIUS DE FARIA GIGNON, ELIAS AGOSTINHO NETO

Instituição: PUC-SP

Apresentação do caso: Paciente de 50 anos, sexo masculino, apresenta queixa de saída de secreção intermitente pela boca, associado a facialgia a direita, há aproximadamente 03 anos. Paciente relata saída de secreção espessa e amarelada, de caráter intermitente, com piora no último ano, oriunda da arcada dentaria superior. Além disso, refere por vezes sentir nariz congestionado ao ingerir líquidos. Possui histórico de 3 cirurgias prévias para fechamento de fistula em região maxilar direita, sendo a última há 10 anos para fechamento de fístula posterior a direita. Em oroscopia, é visto saída de secreção purulenta posterior à fístula primária, entre segundo e terceiro molar. Ao exame de nasofibrosopia, paciente não apresenta drenagem de secreção purulenta pelos meatos médios e inferiores. Solicitado tomográfica computadorizada dos seios da face com contraste, a qual evidenciou lesão de aspecto lítica envolvendo a raiz dos molares superiores diretos com componente hipoatenuante sem realce ao contraste, velamento de seio maxilar direito, e provável comunicação fistulosa entre o assoalho do seio maxilar e cavidade oral. Devido a quadro clínico relatado e exames complementares elencou-se a hipótese de fístula bucosinusual secundária associado a cisto periapical. Em seguida, foi proposto plano terapêutico a exérese do cisto, fechamento da fístula e antrostomia do seio maxilar. Procedimento cirúrgico foi realizado em conjunto com equipe de buco-maxilo-facial e foi iniciado pela exérese do cisto periapical. Após isso, foi realizado fechamento da fístula pela técnica do Retalho deslizante vestibular, seguido de sutura papilar para fixação do retalho na borda superior da gengiva e raiz dentarias. Em seguida, foi realizado o acesso endoscópico nasal para realização da antrostomia do seio maxilar. Paciente evolui no 11.º dia pós-operatório com sucesso no fechamento fistuloso, sem recidiva e com melhora da saída de secreção pela cavidade oral. Exame anatomopatológico constatou resultado de material cístico como cisto periapical e procedeu-se com o seguimento ambulatorial do paciente

Discussão: A comunicação buco-sinusual é descrita na literatura como o acesso direto, entre o seio maxilar e a cavidade oral, que é frequentemente causada durante a extração dentária, principalmente quando a distância entre a raiz dentaria e o seio maxilar é pequena. O seu diagnóstico envolve procedimentos clínicos e radiográficos, podendo ser vista diretamente na oroscopia ou evidenciado o escape de ar pela manobra de valsava. Entre os exames de imagem, o mais indicado é a tomografia computadorizada; devido a seu maior detalhamento e para melhor planejamento cirúrgico. A complicação principal das comunicações bucosinusuais é o aparecimento de sinusite maxilar aguda ou crônica, geradas pela da contaminação do seio pela flora bacteriana oral. O Fechamento espontâneo das comunicações pode ocorrer principalmente se seu diâmetro estiver entre 1 a 2 mm. Já grandes defeitos, que não foram tratados precocemente, com diâmetro acima de 6 mm, tendem a necessitar do uso de retalhos para o fechamento da fistula. Diversas são as técnicas descritas para o fechamento da comunicação. A técnica mais utilizada é o uso de retalhos bucais vestibulares. É caracterizada pelo é recorte um retalho mucoso do vestibulo oral, rotacionado e fixado com sutura simples sobre a comunicação da fístula. Outra técnica bem difundida é a utilização da bola adiposa de Bichat. Essa técnica consiste em deslocamento e fixação do tecido adiposo da bochecha sobre a comunicação oroantral. Ambas as técnicas possuem bons Resultados com baixa taxa de morbidade e baixa incidência de falhas, sendo a decisão cirúrgica individualizada.

Comentários finais: A comunicação bucosinusual é uma importante patologia na prática da otorrinolaringologia, muitas vezes consequentes de procedimentos dentários, e que cursam com o envolvimento da cavidade sinusual podendo evoluir para quadros de rinossinusite crônicas. O tratamento combinado de fechamento da fístula e acesso endonsasal é bem embasado, sendo a escolha da técnica operatória individualizada para cada paciente

Palavras-chave: fistula; bucosinusual; maxilar.

TCP141

TIREOIDE LINGUAL COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE HALITOSE

Autor principal: EMILY BARBOSA DO NASCIMENTO**Coautores:** LARA BENEDETTI BISPO, DIEGO MONTEIRO DE CARVALHO**Instituição:** Universidade Federal do Amazonas

Apresentação do caso: BMM, feminino, 47 anos, queixando-se de “nódulo na língua” desde o nascimento, e que atualmente, apresentava com maior volume causando intensa disfagia, halitose, globus faríngeo. Ao exame físico, apresentava tumoração circular localizada em região central da língua, impossibilitando a visualização completa das tonsilas palatinas, com cerca de 3cm de diâmetro. Realizada nasofibrolaringoscopia nos parâmetros da normalidade, excetuando a presença de massa em dorso lingual. As hipóteses diagnósticas foram halitose, tireoide lingual e refluxo laringofaríngeo associado. A conduta instituída foi inibidor de bomba de prótons, gargarejo com colutórios e avaliação da cirurgia de cabeça e pescoço para verificar possibilidade cirúrgica. Hormônios tireoideanos normais e cintilografia com iodo demonstrando captação na área da lesão, confirmou o diagnóstico de tireoide lingual. A paciente optou por não realizar a cirurgia de excisão e segue em acompanhamento ambulatorial.

Discussão: Tireoide lingual é uma doença rara, a glândula habitualmente desenvolve-se no assoalho da faringe primitiva e migra anterior e inferiormente até atingir sua localização cervical definitiva no adulto. Tal anormalidade define-se como a presença de tecido glandular tireoideo na linha média da base da língua devido à migração incompleta desse tecido ao longo do canal tireoglossos. Corresponde à 30% dos casos de tireoide ectópica e seu tamanho pode variar de milímetros a centímetros. O quadro clínico é notadamente relacionado ao volume do tecido ectópico e depende da localização dele. Mas, em geral, caracteriza-se pela obstrução das vias aéreas ou angústia respiratória em crianças, disfagia, hemoptise, tosse, dor, disфонia, dispnéia e, podendo ainda ocorrer, nos adultos, apnéia do sono. Para confirmação do diagnóstico, a cintilografia é o teste de maior importância, visto que os pacientes podem ser assintomáticos e os exames de prova das funções tireoidiana podem ter Resultados dentro da normalidade.

Comentários finais: A situação clínica da paciente apresentada neste relato de caso corrobora para o fato de que a incidência da doença é predominante no gênero feminino. Ademais, casos de tireoide ectópica podem ser assintomáticos, como foi o da paciente em questão durante quase quarenta e seis anos de vida, uma vez que os sintomas dela apareceram apenas no último ano devido principalmente aos sintomas de refluxo laringofaríngeo.

Palavras-chave: halitose; tireoide lingual; ducto tireoglossos.

TCP142

APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO EM PACIENTES DE CLÍNICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE JOÃO PESSOA

Autor principal: ISAURA RAQUEL NOGUEIRA DE MEDEIROS

Coautores: HENRIQUE COUTINHO OLIVEIRA, FÁBIA LÍVIA RAMOS BRILHANTE DE FRANÇA, WEIDINARA DE OLIVEIRA RODRIGUES DA FONSECA

Instituição: SOS Otorrino

Objetivos: Analisar relação da apnéia obstrutiva do sono (AOS) com índice de massa corpórea (IMC) elevado, gênero e idade em pacientes de uma clínica de otorrinolaringologia particular de João Pessoa- PB.

Métodos: Foram estudados, retrospectivamente, pacientes de uma clínica particular de otorrinolaringologia em João Pessoa, Paraíba, submetidos à Polissonografia tipo 3 durante o período de setembro a outubro de 2021.

Resultados: Selecionados e avaliados 39 pacientes com queixa de ronco noturno(51,2 % homens), com idade média de 49,3 anos e IMC com Desvio Padrão de 20,8- 48,7kg/m²(46, 9% obesos e 22,4% com sobrepeso). Foi considerado apneia quando o índice de apneia e hipopneia(IAH) foi maior de 5 eventos/hora de sono com sintomas ou IAH > 15 eventos/hora. Todos da amostra tiveram o diagnóstico de apneia.

Discussão: A AOS é um dos principais distúrbios relacionados ao sono e a obesidade está entre principais fatores de risco. A deposição excessiva de gordura ao redor das vias aéreas superiores e o volume pulmonar reduzido são as principais características pelas quais a obesidade diminui o tamanho da faringe e aumenta a colapsabilidade, predispondo estreitamento ou fechamento da via aérea superior durante o sono.

No mundo, quase um em cada três adultos está acima do peso (IMC ≥ 25 kg·m⁻²) e quase um em cada 10 adultos é obeso (IMC ≥ 30 kg·m⁻²).

Diversos estudos tem demonstrado que a AOS está diretamente associado as alterações endócrinas, como níveis de leptina e grelina, hormônios relacionados a fome e saciedade, bem como pode contribuir para o aumento do cortisol e da resistência à insulina, dificultando a perda de peso e predispondo a doenças cardiovasculares. Ao dividir a amostra de acordo com o IAH, quanto mais grave a apneia, maior o IMC e a idade.

O diagnóstico e tratamento precoces são importantes para evitar complicações da apneia obstrutiva do sono não tratada.

Conclusão: Concluímos que a AOS está diretamente associada á obesidade e á idade, não havendo diferenças significativas entre os sexos de acordo com a amostra.

Na maioria dos estudos a AOS é mais prevalente em homens, o que pode demonstrar que muitas vezes as mulheres podem estar sendo subdiagnosticadas.

Palavras-chave: apneia; sono; obesidade.

Autor principal: GABRIEL MARCELO REGO DE PAULA

Coautores: GUSTAVO CEDRO SOUZA, YASMIM PEREIRA GONÇALVES, GABRIEL NEVES FARIAS, ROSANA DUARTE LUZ, ISOLDA CARVALHO DE SANTANA, IEDA CARVALHO DE MELO, JOÃO PRUDENCIO DA COSTA NETO

Instituição: Hospital Veredas

Introdução: As fissuras de lábio e palato são malformações congênitas de alta incidência e com origem embriológica. Tais fissuras ocorrem em virtude da falta de fusão entre os processos faciais embrionários e os processos palatinos, apresentando uma etiologia multifatorial. O tratamento das fissuras labiopalatais é longo e envolve múltiplos procedimentos cirúrgicos. A primeira cirurgia labial deve ser feita em torno dos seis meses, já a do palato até os 18 meses, para evitar comprometimento da fala e infecções auditivas. Entretanto, estudos revelam atraso do tratamento de 66,4% para as cirurgias primárias de fissuras labiais e de 71,2% para as cirurgias primárias de fissuras palatinas.

Objetivo: Analisar o quantitativo de internamentos por fissuras labiais e palatinas no estado de Alagoas, em relação a faixa etária, no período de 2015 a 2022, comparando com dados nacionais.

Metodologia: Estudo descritivo e retrospectivo dos dados disponíveis no DATASUS para internamentos por fissuras labiais e palatinas no estado de Alagoas no período de janeiro 2017 a janeiro de 2022.

Resultados: De acordo com o DATASUS, no Brasil, de janeiro de 2017 a janeiro de 2022 foram contabilizados 33.664 internamentos por fissuras labiopalatais. A região nordeste foi responsável por 3.155 destes (9,3%). Em Alagoas, foram registrados 302 internamentos no mesmo período (0,8%), desses, 182 foram indivíduos do sexo masculino (60,2%) e 120 do sexo feminino (38,8%). A faixa etária de maior acometimento foi em menores de 1 ano de idade (38,7%). Contudo, casos entre 0-4 anos responderam pela grande maioria totalizando 228 (75,5%). No Brasil, internamentos por fissura labiopalatais costumam ocorrer também em faixas etárias mais precoces (< 1 ano de idade), conferindo um percentual de 32,7%. Nesse sentido, 67,3% dos casos são tratados em idade tardia, o que possivelmente confere prejuízo estético, funcional e maior predisposição a outros processos patológicos.

Discussão: O presente estudo revela atraso no que se refere ao internamento para tratamento cirúrgico de fissuras labiopalatais em todas as regiões do país. As regiões Norte e Nordeste apresentaram os piores Resultados em relação ao atraso no tratamento, enquanto a região Sudeste apresentou os menores percentuais de retardo. Sabe-se que a primeira cirurgia labial deve ser feita em torno dos seis meses, já a do palato até os 18 meses. Nesse sentido, a falta de diagnóstico precoce, associado a uma rede assistencial deficitária que compromete a assistência precoce desses pacientes, reflete em impactos duradouros ao longo de toda a vida.

Conclusão: Em Alagoas, verifica-se a baixa notificação dos casos de fenda labiopalatais, com consequente diminutos procedimentos corretivos e lógico impacto duradouros aos seus portadores, aquém da média nacional, que ainda assim é inferior a encontrada em países desenvolvidos. Tal ponto alerta a necessidade de políticas públicas de melhoria dos aspectos sociodemográficos, das condições de diagnóstico, sobretudo no que se refere ao diagnóstico precoce, e redes de tratamento cirúrgico e multidisciplinar a esse público.

Palavras-chave: fissuras labiopalatais; labio leporino; cirurgia.

TCP144

SAHOS E GRAU DE SONOLÊNCIA EM PACIENTES DE CLÍNICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE JOÃO PESSOA - PB**Autor principal:** ISAURA RAQUEL NOGUEIRA DE MEDEIROS**Coautores:** HENRIQUE COUTINHO OLIVEIRA, FÁBIA LÍVIA RAMOS BRILHANTE DE FRANÇA, WEIDINARA DE OLIVEIRA RODRIGUES DA FONSECA**Instituição:** SOS Otorrino

Objetivos: Analisar relação da Apnéia Obstrutiva do Sono (AOS) com o grau de sonolência diurna, gênero e idade em pacientes de uma clínica de otorrinolaringologia particular de João Pessoa- PB.

Métodos: Foram estudados, retrospectivamente, pacientes de uma clínica particular de otorrinolaringologia em João Pessoa, Paraíba, submetidos à Polissonografia tipo 3 que responderam aos questionamentos da Escala de Sonolência de Epworth (ESE) durante o período de setembro a outubro de 2021. Avaliado pontuação de ESE e o Índice de Apneia e Hipopneia (IAH) da polissonografia.

Resultados: Selecionados e avaliados 39 pacientes com queixa de ronco noturno (51,2 % homens), acima de 18 anos, com idade média de 49,3 anos e IMC com Desvio Padrão de 20,8- 48,7kg/m²(46, 9% obesos e 22,4% com sobrepeso). Foi considerado apneia quando o índice de apneia e hipopneia(IAH) foi maior de 5 eventos/hora de sono com sintomas ou IAH > 15 eventos/hora. Todos da amostra tiveram o diagnóstico de apneia.

Em relação ao IAH da polissonografia tivemos 12 (%) com AOS grau leve (IAH 5-15 / hora + sintomas), 8 (%) com grau moderado (IAH 15-30/ hora) e 19 (%) com grau severo (IAH >30/ hora).

Sobre o questionário, 22 dos pacientes (56, 4 %) apresentaram pontuação acima de 10 pontos na ESE.

Discussão: A AOS é um dos principais distúrbios relacionados ao sono e a polissonografia é o padrão ouro para diagnóstico e acompanhamento desses pacientes, porém, devido à dificuldade de acesso de boa parte da população, outros métodos vem sendo desenvolvidos.

A escala de sonolência de Epworth (ESE) é uma avaliação subjetiva, rápida, simples e sem custos que pode ser realizada com os pacientes. Consiste apenas em 8 questões, que as respostas podem atingir um valor máximo de 24 e um valor mínimo de 0 pontos, sendo a pontuação maior ou igual a 10 característica de sonolência diurna excessiva.

Estudos demonstram que aproximadamente 90 % dos pacientes com AOS apresentam sintomas diurnos, entretanto o restante apresenta apenas alterações na monitorização noturna. A ESE pode ser usada para qualificar, mas não para não quantificar a grau da doença.

O diagnóstico e tratamento precoces são importantes para evitar complicações da apneia obstrutiva do sono não tratada.

Conclusão: A escala de sonolência de Epworth (ESE) pode sugerir a SAOS, porém, não pode avaliar os graus de severidade do caso. Nem todos os pacientes com AOS severa tiveram pontuação na ESE maior que 10, o que determina que a polissonografia não pode ser substituída como forma de diagnóstico e acompanhamento.

Palavras-chave: apneia obstrutiva do sono; polissonografia; ronco.

COVID-19: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS ASSOCIADAS COM INTERNAÇÕES NO SUL DO BRASIL

Autor principal: GABRIELA RUMI GROSSI HARADA

Coautores: MANUELLA DOS SANTOS CARDINAL, CATHERINE MUTTES MEDEIROS, GABRIELA PEDROSA GARCIA, ARTHUR SUZANO MENGARDA, TABATHA BEATRIZ ZOLETTI, JOÃO VICENTE MACHADO GROSSI, EDUARDO HOMRICH GRANZOTTO

Instituição: Universidade Feevale

Objetivos: Analisar as variantes sociodemográficas, sazonais e as internações dos casos de COVID-19.

Métodos: Estudo epidemiológico transversal, revisão de 7414 prontuários coletados, entre janeiro de 2020 a julho de 2022, na Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo, no Rio Grande do Sul. Separados por sexo, idade, período de atendimento e estação do ano. Análise feita em banco de dados spss. Esse projeto é autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Feevale nº 4.706.898.

Resultados: O número de casos no ano de 2020, de 2021 e até o mês de julho de 2022, foram, respectivamente: 1673; 4371; e 1370. O mês de março teve o maior número de casos, concentrando 23,67% do ano de 2021. Houve 620 internações por COVID-19 em 2020, em 2021, 1240 pacientes foram internados, e 95 no ano de 2022. A prevalência em relação ao sexo, em 2020 e 2021 foi do sexo masculino, 54,75% e 50,9%, respectivamente, e em 2022 a maior predominância foi do sexo feminino, com 55,80% dos casos. Essa inversão do padrão observado também ocorreu no que tange ao número de internações de homens e mulheres: em 2020 e 2021, respectivamente, 388 (62,58%) e 723 (58,30%) dos casos eram do sexo masculino e em 2022, 56 (58,94%) casos foram do feminino. O maior número de casos de COVID-19 foi percebido entre a população de 20 a 59 anos, com 4681 casos (63,15%), mas o maior número de internações foi entre indivíduos acima dos 60, 3820 casos (51,54%). Apenas 0,51% de internações e 3,88% do total de casos foram da faixa etária dos 0 aos 19 anos. O maior número de casos observados desde 2020 foi condensado no verão, 2535 casos (34,19%). Contudo, não houve padrão de sazonalidade entre as estações do ano analisadas, com diferentes prevalências de número de casos e internações durante os anos período pandêmico.

Discussão: Março de 2021 foi o mês com maior prevalência de COVID-19, o que pode estar relacionado com a nova mutação durante esse período, a variante P1, de Manaus, a qual caracteriza-se pela maior taxa de virulência e mortalidade em comparação à anterior, variante beta. A diminuição das internações no ano de 2022 pode ter sido devido à queda pela vacinação ou pela menor virulência da variante Ômicron, que, por afetar mais as vias aéreas superiores e ser mais contagioso, se tornou o vírus com maior predominância na circulação nesse período. O sexo masculino teve a tendência de expressar quadros mais graves e mais virulentos que as mulheres nas cepas originais, como P1, P2 e beta, corroborando o maior número de internações entre os homens no ano de 2020 e 2021. Em relação ao sexo e sazonalidade, não houve prevalência definida tanto para número de casos como de internações por COVID-19. A prevalência de casos de COVID-19, de 20 a 59 anos, manteve-se com mais de 50% em todo período. Foi possível analisar que mesmo havendo predominância de internações em pacientes com idades acima de 60 anos, com acentuação desses dados no ano de 2022, em 2021 houve uma modificação na prevalência de internações, com a maior parte dos casos concentrada nos pacientes de 20 a 59 anos, resultado possivelmente relacionado a uma maior cobertura vacinal neste ano nos idosos. O estudo contém limitações já que para submissão do trabalho em agosto de 2022, no final do inverno, pôde-se coletar e analisar dados somente até julho de 2022. Os dados foram coletados em pronto atendimento e no hospital municipal visto que no período pandêmico todos os pacientes que apresentavam sintomas gripais eram direcionados para essas unidades de saúde. Novos estudos sobre a temática podem ampliar e qualificar a Discussão sobre a epidemiologia do COVID-19, ainda pouco esclarecida, principalmente, ao comparar com outras populações e outros estudos para validação externa dos dados.

Conclusão: Não houve um padrão bem definido entre as variantes sociodemográficas, sazonais ao longo dos anos de 2020 a 2022.

Palavras-chave: COVID-19; internações COVID-19; epidemiologia.

TCP22

RINOSSINUSITE INFECCIOSA E NÃO INFECCIOSA NA PANDEMIA COVID-19: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO**Autor principal:** GABRIELA RUMI GROSSI HARADA**Coautores:** TABATHA BEATRIZ ZOLETTI, ARTHUR SUZANO MENGARDA, MANUELLA DOS SANTOS CARDINAL, GABRIELA PEDROSA GARCIA, CATHERINE MUTTES MEDEIROS, JOÃO VICENTE MACHADO GROSSI, EDUARDO HOMRICH GRANZOTTO**Instituição:** *Universidade Feevale***Objetivos:** Analisar as variantes sociodemográficas e sazonais dos casos de rinossinusite infecciosa (RI) e não infecciosa (RNI) no período pré-pandemia e durante a pandemia.**Métodos:** Estudo epidemiológico transversal, revisão de 7803 prontuários coletados, entre 1 de janeiro de 2018 a 31 de julho de 2022, na Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo, no Rio Grande do Sul. Separados por sexo, idade, período de atendimento e estação do ano. Dividiu-se as rinossinusites em infecciosas abrangendo influenza, nasofaringite, sinusite com os seguintes CID-10: J11, J00, J010, J011, J012, J013, J014, J018, J019, J01, e não infecciosas englobando rinites com os CID-10: J300, J301, J302, J303, J304, J30. A COVID-19 não foi analisada no estudo. Esse projeto é autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Feevale nº 4.706.898.**Resultados:** A rinossinusite teve predominância no sexo feminino, com 4183 casos (53,6%), no inverno, 3191 casos (40,8%) e na infância, de 0 a 9 anos, 3662 casos (46,9%). No total de casos de rinossinusites, 94,25% correspondem às infecciosas. Durante os anos de 2018 e 2019, as RNI corresponderam 175 casos, e no período pandêmico, aumentaram para 273, e as RI diminuíram de 4551 para 2804, no mesmo período analisado. O inverno foi a estação mais predominante em ambas as rinossinusites (RI= 52,29%, RNI= 45,14%) antes da pandemia COVID-19. Durante a pandemia, os casos de RI corresponderam a 23% na primavera, 32,7% no outono e 23,46% no inverno. Apesar de ter-se observado um crescimento do número de casos no verão, tanto nas RI (de 387 para 528) quanto nas RNI (de 10 casos para 45) em comparação com período pré-pandêmico, continuou sendo a estação menos prevalente. Na faixa etária mais prevalente, de 0 a 19 anos, os casos de RNI aumentaram de 155 para 165, na pré-pandemia e durante a pandemia. Já as RI, registraram um decréscimo nesses dados, de 3069 casos, para 1134 no mesmo período. Foi possível observar tanto um aumento dos valores absolutos na prevalência dos 20 aos 59 anos nas RNI, de 175 para 273 e nas RI de 4551 para 2804; quanto um aumento dos números relativos na faixa etária dos idosos, RNI de 2 para 9, e RI de 299 para 209, mesmo que essa seja a faixa etária menos predominante em todos os períodos. Após o ano de 2018, ano com maior número de casos (N=2473) de RNI e RI registrados, houve um decréscimo, não contínuo: 2253 casos em 2019; 785 em 2020; 1254 em 2021 e 1038 no período de 2022.**Discussão:** O estudo analisou variações epidemiológicas das RI e RNI em uma cidade metropolitana no sul do Brasil, localizada em zona com clima subtropical e elevada prevalência de infecções de vias aéreas superiores. O período pandêmico não resultou em alterações em relação à predominância do sexo feminino. O padrão de sazonalidade teve modificação durante a pandemia, com menor diferença na distribuição dos dados relativos às prevalências, exceto na estação do verão, que continuou pouco expressiva. A prevalência de RI continua sendo maior do que as RNI, antes e durante o período pandêmico. Houve uma diminuição do número absoluto de casos de RI, a partir de 2020, essa alteração pode ser relacionada com a possibilidade de que muitas das RI podem ter sido classificadas como COVID-19 no período. É possível, também, que as medidas de isolamento social e os maiores cuidados sanitários tenham interferido na diminuição do número de casos absolutos de RI durante a pandemia, devido a sua predominância em circulação no período analisado. Os dados foram coletados em pronto atendimento e no hospital municipal visto que no período pandêmico todos os pacientes que apresentavam sintomas gripais eram direcionados para essas unidades de saúde. Novos estudos sobre a temática podem ampliar e qualificar a Discussão sobre a epidemiologia das infecções de vias aéreas superiores.**Conclusão:** Houve uma mudança epidemiológica, das variantes sociodemográficas e sazonais, das rinossinusites infecciosas e não infecciosas durante a pandemia em comparação com o período pré-pandêmico.**Palavras-chave:** rinossinusite; pandemia COVID-19; epidemiologia.

TCP23

PANORAMA DAS INTERNAÇÕES POR FARINGITE E AMIGDALITE AGUDAS NA REGIÃO SUL DO BRASIL**Autor principal:** LUCAS KUELLE MATTE**Coautores:** JÚLIA BORTOLINI ROEHRIG, ANDRÉ LUÍS ARGENTON ZORTÉA, CAROLINA SCHEER ELY, RENATA SILVEIRA MARQUES, VICTORIA BENTO ALVES PAGLIOLI, MARCELA MENEZES TEIXEIRA, DIOGO NORONHA MENEZES KREUTZ**Instituição:** *Universidade Luterana do Brasil***Objetivo:** Avaliar a taxa média de internações por faringite e amigdalite agudas durante os anos de 2017 a 2021, comparando a região Sul com a totalidade do território brasileiro.**Metodologia:** Estudo descritivo de dados extraídos do banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), no qual foram analisadas as hospitalizações por Faringite e Amigdalite Agudas (CID 10-J02/3) no período de 2017 a 2021 na Região Sul do Brasil, comparando-as com o restante do país. As taxas médias de internações foram calculadas através das internações por faringite e amigdalite agudas na região de residência e por meio da população total do local, segundo os anos analisados, conforme fórmula: taxa de internação = internações na região de residência/ população total x 10.000 e não levaram em consideração faixa etária e sexo.**Resultados:** A morbidade por faringite e amigdalite agudas no Brasil durante os anos de 2017 a 2021 foram responsáveis por 53.481 internações, sendo 5.319 na Região Sul (9,95% das internações em território brasileiro). Em média, ocorreram 1.064 internações por ano no Sul, com desvio padrão (DP) de 462,113; e 10.696 no Brasil com DP de 3867,96. A taxa média de internações no período analisado foi de 0,35% na região Sul, com DP = 0,15;; e de 0,51% no território brasileiro, com DP = 0,18.**Discussão:** Comparando-se as taxas médias de internações por faringite e amigdalite aguda, com base na população territorial local, observou-se que a região Sul apresenta um menor número de internações se contrastado com a média brasileira. Pode-se inferir que possivelmente as taxas de cobertura integral da comunidade pela Atenção Básica de Saúde (ABS) nessa região também são maiores, uma vez que a não cobertura influencia para um possível aumento de internações.**Conclusão:** As taxas médias de internações por faringite e amigdalite no sul foram inferiores às do território brasileiro no período analisado.**Palavras-chave:** amigdalite e faringite; internações; região sul.

TCP24

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA TAXA MÉDIA DE INTERNAÇÕES POR CÂNCER DE LARINGE ENTRE AS REGIÕES DO BRASIL

Autor principal: BRUNA GABRIELA FRIZZO ALEXANDRE

Coautores: VANESSA SALING GUGLIELMI, VANESSA CARDOSO FONTANA, JULIANA FONTANA JOSENDE, LUCAS KUELLE MATTE, JOICE KRUNT, ANA CAROLINA BISSACO TOLEDO, ANDRESSA COELHO MATZENAUER

Instituição: *Universidade Luterana do Brasil*

Objetivo: Comparar a taxa média de internações por câncer de laringe durante o período de 2017 a 2021 entre a região Sul e as demais regiões do Brasil.

Método: Estudo transversal descritivo de dados extraídos do banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), no qual foram avaliadas as hospitalizações por câncer de laringe (CID 10-C32) no período de 2017 a 2021 na região Sul do Brasil, comparando-as com as demais regiões do território brasileiro. As taxas médias de internações foram calculadas através das internações por câncer de laringe na região e pela população total da região analisada, segundo os anos da pesquisa, conforme a fórmula: taxa de internações da região / população total da região e não foi considerado a faixa etária e o sexo.

Resultado: A morbidade por câncer de laringe no Brasil, durante os anos de 2017 a 2021, foram responsáveis por 60.494 internações, sendo 11.787 na região sul, 3.602 na região centro-oeste, 28.765 na região sudeste, 1.896 na região norte e 14.444 na região nordeste (19,48%, 5,95%, 47,55%, 3,13%, 23,89% das internações do território brasileiro respectivamente). A amostra é assimétrica e a média de internações nessas regiões é de 2.370 na região sul, 712 na região centro-oeste, 5.922 na região sudeste, 384 na região norte e 2.857 na região nordeste. Junto a esses dados, foi analisado a taxa média de internações no período da amostra e o resultado foi de 7,99 a cada 100.000 habitantes na região sul, 4,46 a cada 100.000 habitantes na região centro-oeste, 6,75 a cada 100.000 habitantes na região sudeste, 1,93 a cada 100.000 habitantes da região norte e 4,99 a cada 100.000 habitantes da região nordeste, com desvio padrão de 0,38, 0,075, 0,41, 0,14 e 0,35 respectivamente.

Discussão: Comparando as taxas médias de câncer de laringe entre as regiões do Brasil observou-se que a região Sul apresenta um maior número de internações por câncer de laringe. Estudos demonstram que o tabagismo corresponde a um dos principais fatores de risco para câncer de cabeça e pescoço. Apesar da prevalência do uso do tabaco variar segundo sexo, idade e renda domiciliar, as regiões brasileiras apresentam-se como um considerável determinante ao comparar o número de fumantes entre populações. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar 2008 (PNAD/IBGE), a prevalência de fumo diário no Brasil foi de 15,1%, variando 12,8% na região Norte a 17,4% na região Sul. Portanto, ao comparar os dados do IBGE com as taxas médias de internações por câncer de laringe no Brasil, denota-se que o uso do tabaco pode ser um dos motivos responsáveis pela desigualdade do número de internações entre as regiões brasileiras.

Conclusão: As taxas médias de internações por câncer de laringe foram superiores na região Sul dentre as demais regiões do território brasileiro no período analisado.

Palavras-chave: neoplasias laríngeas; internações; Brasil.

TCP25

ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES POR SINUSITE CRÔNICA NOS ANOS DE 2012 A 2022 NO RIO GRANDE DO SUL**Autor principal:** BRUNA GABRIELA FRIZZO ALEXANDRE**Coautores:** JÚLIA BORTOLINI ROEHRIG, MONIQUE FONINI TREVISAN, FLÁVIA SERAFIN DAROS, HELENA MOREIRA RODRIGUES, CAROLINA SOUZA BASSO**Instituição:** *Universidade Luterana do Brasil***Objetivo:** Analisar os casos de internação por rinossinusite crônica no período de 2012 a 2022 no estado do Rio Grande do Sul.**Método:** Estudo epidemiológico transversal descritivo a partir de dados do Registro de Morbidade Hospitalar do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) na última década. As variáveis avaliadas foram internações hospitalares, macrorregiões do Rio Grande do Sul, faixa etária, sexo e cor/raça.**Resultado:** Observou-se que, das 1410 internações no período, o maior número de casos ocorreu na macrorregião Metropolitana (65,81%) e o menor na macrorregião Sul (0,7%). Em relação ao perfil dos internados, 92,55% dos indivíduos eram brancos e 52,26% eram do sexo feminino. A faixa etária mais acometida foi entre os 40 a 59, com 40,35% dos casos. O ano em que mais ocorreram internações foi 2014 (22,12%).**Discussão:** As rinossinusites são caracterizadas por uma inflamação da mucosa do nariz e/ou seios paranasais, tornando-se uma das afecções mais prevalentes das vias aéreas superiores. Sabe-se que a poluição tem alta relação com a rinossinusite crônica (RSC), o que justificaria a alta prevalência (65,81%) dentre os casos, ser em pacientes na macrorregião Metropolitana que apresenta alta poluição atmosférica devido à alta emissão de poluentes de origem veicular e industrial. Sobre as internações os indivíduos mais acometidos foram do sexo feminino e caucasianos. Sendo que a maioria deste perfil de pacientes apresentam rinossinusite crônica com pólipos nasais que apresentam padrão de inflamação do tipo causado por eosinofilia. O que torna mais importante considerar estratégias de tratamento combinadas para a RSC e asma, incluindo controle ambiental.**Conclusão:** A partir do estudo foi possível concluir que a macrorregião Metropolitana obteve maior número de internações por rinossinusite em comparação com as demais macrorregiões no período analisado por conta, principalmente, da poluição atmosférica. Tal evidência mostra que ações preventivas de políticas governamentais mais rígidas contra poluentes e incentivo à população a utilizar meios alternativos de transporte corrobora com a diminuição de casos da doença.**Palavras-chave:** rinossinusite crônica; Internações; Rio Grande do Sul.

TCP31

RABDOMIOSSARCOMA EMBRIONÁRIO EM PACIENTE IDOSA

Autor principal: EDUARDO VIEIRA COUTO

Coautores: LUCAS ZANON DE FREITAS

Instituição: Universidade Estadual de Campinas

Apresentação do caso: Paciente feminina, 60 anos, casada e aposentada. Procurou o consultório por quadro de obstrução nasal, rinorreia com forte odor, cefaleia em região dos seios da face e dor retro-orbitária. Foram observados leve exoftalmia associada a ptose, oftalmoplegia e edema palpebral. O exame de nasofibrolaringoscopia demonstrou massa obliterando toda cavidade nasal direita.

Na investigação, a TC de seios paranasais evidenciou presença de material hipodenso velando a totalidade do antro maxilar direito com leve extensão para nasofaringe à direita da linha média. Material com densidade semelhante vela, oblitera e remodela algumas células etmoidais, estendendo-se para o seio frontal direito, além de envolver os cornetos nasais deste lado.

Na sequência realizou-se RM de seios da face. Esta demonstrou a presença de lesão expansiva sólida nasossinusal à direita comprometendo a fossa nasal, seios etmoidal e frontal, além de insinuação para região medial do seio maxilar. Comprometimento da cavidade orbitária direita, causando proptose ocular e indefinição do músculo oblíquo superior, além da base de crânio anterior. Os Resultados foram sugestivos de neoplasia primária. A Biópsia apresentou resultado anatomopatológico inconclusivo.

A opção de tratamento foi cirúrgica e pelo procedimento não apresentou nenhum déficit. O material resultante da remoção do tumor paranasal foi encaminhado para exames complementares. O Histopatológico propôs que o quadro morfológico foi sugestivo de Linfoma não-hodgkin. Para complementar e dispor de melhor definição diagnóstica foi realizado o estudo imuno-histoquímico que constatou achados compatíveis com Rbdomiossarcoma embrionário.

A paciente foi submetida a radioterapia 3D com finalidade adjuvante ao procedimento cirúrgico por aproximadamente um mês e meio. Recebeu radioterapia externa tridimensional em campos faciais, para dose final de 50,4Gy (frações diárias de 1,8Gy), além de dois ciclos de cis-diaminodicloroplatina 75mg/m², com boa tolerância e poucos efeitos colaterais. A paciente teve melhora completa do quadro prévio, sem déficits ou demais sequelas.

Discussão: Sarcomas são neoplasias malignas raras provenientes do tecido mesenquimal. O Rbdomiossarcoma (RMS) é um subtipo originário da musculatura esquelética, encontrado mais frequentemente em crianças em relação a adultos, e pode ocorrer em qualquer local do corpo. Em adultos, as regiões mais afetadas são de tórax ou extremidades, sendo raro o acometimento de seios paranasais.

O envolvimento dos seios paranasais pelo RMS se apresenta com edema de seios da face, dor, epistaxe, sinusite, obstrução e paralisia dos nervos cranianos. Eles geralmente estão avançados e promovendo invasão local quando o diagnóstico definitivo é feito. A tomografia computadorizada não determina diagnóstico, mas mostra a extensão da doença e suas relações com estruturas vitais. A ressonância magnética oferece resolução superior para tecidos moles; o tumor mostra sinal heterogêneo, igual ou mais intenso que o músculo. O diagnóstico definitivo e específico é feito pela histologia com imuno-histoquímica.

O prognóstico depende do sítio primário, tamanho do tumor, subtipo histológico e estágio tumoral. Tumores de sítios pararenais apresentam pior prognóstico devido à possibilidade de disseminação subaracnóidea ou pela dificuldade de realizar uma excisão cirúrgica completa. A progressão da doença pode acontecer com metástases linfonodais, pulmonares ou ósseas.

Após o diagnóstico, deve-se determinar a extensão da doença antes de iniciar um tratamento. O tratamento é individualizado para cada caso. A sobrevida dos RMS de cabeça e pescoço aumentou com o estabelecimento de tratamentos adjuvantes, incluindo quimioterapia, ressecção cirúrgica e radioterapia.

Comentários finais: O RMS dos seios paranasais é um tumor raro e de mau prognóstico em adultos. A extensão do acometimento regional é frequentemente avançada ao diagnóstico, o que limita as opções de tratamento e piora o prognóstico. A cirurgia seguida de radioquimioterapia é a conduta de escolha nas formas localmente avançadas e metastáticas.

CAAE: 61251922.2.0000.5368

Palavras-chave: tumor de seios paranasais; rbdmossarcoma; radioquimioterapia;.

Autor principal: VINICIUS SIMON TOMAZINI

Coautores: MARCO AURÉLIO FORNAZIERI, EDUARDO SILVA FARINAZZO, MAYARA ROSANELLI, ELOUISE ZWIRTES FRARE, BIANCA CARNEIRO FORTUNATO MORENO, ANDRÉ ARMANI, GUSTAVO CONRADO BRASSAROTO

Instituição: Universidade Estadual de Londrina

Apresentação do caso: Paciente de 78 anos, sexo feminino, foi encaminhada ao serviço de otorrinolaringologia do Hospital Regional do Norte do Paraná, devido a tumoração na região maxilar direita. Refere início do quadro com sensação de pressão na região maxilar direita há 3 meses. Há um mês passou a apresentar dor local e, há aproximadamente 2 semanas, apresentou um aumento progressivo de volume na região. Negava febre, cefaleia, rinorreia e obstrução nasal. Antecedente de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia. Em uso contínuo de Enalapril e Rosuvastatina. Ao exame físico, estava em bom estado geral, corada e hidratada. Apresentava um abaulamento endurecido na região maxilar direita, sem sinais flogísticos. A rinoscopia evidenciou fossas nasais pérvias, com septo centrado, mucosa normocoradas e ausência de massas visíveis. À oroscopia visualizou-se massa endurecida na região malar direita, com ausência de sinais flogísticos e sem outras lesões visíveis. Não havia linfonodos palpáveis. A tomografia de nariz e seios paranasais no corte axial demonstrou erosão na parede anterior do seio maxilar direito e presença de material com densidade de partes moles no interior do seio maxilar à direita. A punção com agulha fina, da tumoração, teve achados condizentes com carcinoma.

Discussão: A paciente foi submetida com sucesso a procedimento cirúrgico, tendo sido realizada uma maxilectomia direita, com esvaziamento cervical nos níveis I, II, III ipsilateral. A biópsia pós-operatória da peça cirúrgica revelou carcinoma de células escamosas queratinizante, nodular, bem delimitado, de cor esbranquiçada e consistência endurecida, medindo 5,0x3,8cm, moderadamente diferenciado, ulcerado, com infiltração para tecido adiposo e margens de ressecção livres. O esvaziamento cervical revelou ausência de metástase linfonodal. Na primeira consulta de seguimento ambulatorial, nove dias após a cirurgia, apresentou boa evolução inicial, ferida cirúrgica de bom aspecto, aceitando dieta via oral líquida. À oroscopia, apresentava fístula oroantronal. Posteriormente, iniciou quadro de dor de intensidade leve na hemiface direita e palato, a qual tinha melhora com analgésicos simples. Constatou-se desenvolvimento de fístula cutânea na região lateral de nariz direita. Realizou 20 sessões de radioterapia adjuvante. Atualmente, segue em acompanhamento ambulatorial e aguarda abordagem cirúrgica da fístula nasocutânea.

Comentários finais: Tumores de seios paranasais representam 5% de todos as neoplasias de cabeça e pescoço. O carcinoma de células escamosas é o tipo histológico mais comum, ocorrendo predominantemente no seio maxilar e fossas nasais, em pacientes na sexta e sétima décadas de vida. São mais frequentes em homens e tabagistas. Quando acometem o seio maxilar, costumam ter Apresentação clínica inicial bastante inespecífica, o que dificulta o diagnóstico diferencial com outras afecções e a suspeição de câncer. Dessa forma, com frequência são diagnosticados em estádios tardios, na presença de tumores primários mais extensos e maior grau de invasão. Contudo, se a ressecção cirúrgica completa do tumor ainda for possível e se constatada ausência de metástases, o prognóstico do quadro pode ser bom.

Palavras-chave: carcinoma maxilar; câncer da cabeça e pescoço.

Autor principal: RAUL IVO AURELIANO NETO

Coautores: MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO, IZABELA BEZERRA PINHEIRO ESPÓSITO, VICTOR HUGO TETILLA MOREIRA, BRUNA REZENDE TELLES, DOLORES TAVARES

Instituição: Hospital Otorrino Cuiabá

Apresentação do caso: Paciente mulher, 51 anos, sem antecedentes, procurou atendimento médico no Hospital Otorrino em Cuiabá em fevereiro de 2022, devido a edema em hemiface direita iniciado nas últimas 24h. A mesma encontrava-se em uso de (Amoxicilina + Clavulanato de potássio 875/125mg) via oral de 12/12h por 7 dias, devido tratamento odontológico. Ao exame físico, detectou-se tumoração em topografia de parótida, à direita, de aproximadamente 07 centímetros. Ao exame, masas móvel, dolorosa, associado a sinais de processo inflamatório. Foram solicitados exames complementares. A Tomografia Computadorizada de pescoço e face revelou glândula parótida direita aumentada de volume, apresentando parênquima heterogêneo, densificação dos planos adjacentes e linfonodomegalia na cadeia IIa; A Ultrassografia de glândulas salivares demonstrou glândula parótida direita aumentada de volume, contendo áreas císticas em seu interior e hipervascularização ao estudo Doppler, sugerindo processo inflamatório. O Hemograma apresentou leucocitose de padrão neutrofílico com desvio à esquerda, além de PCR elevada. Frente aos achados clínicos, laboratoriais e imagiológicos o diagnóstico de parotidite aguda infecciosa foi realizado, sendo instituído o tratamento com Levofloxacino 750mg, 01 comprimido, via oral uma vez ao dia por 10 dias e Paracetamol + fosfato de codeína 500/30mg, 01 comprimido via oral de 6/6h por 5 dias e orientações gerais com agendamento do retorno ao fim do tratamento ou se piora dos sintomas. Paciente não retornou ao serviço de saúde.

Discussão: Parotidite aguda é um processo inflamatório e/ou infeccioso da Glândula Parótida, comumente associada a estados de imunossupressão, doenças autoimunes, pós-operatório de cirurgias abdominais, pacientes idosos, baixo peso ao nascer, sexo masculino, obstrução do ducto da parótida e, ultimamente, observada em crianças prematuras. A parotidite infecciosa e não infecciosa manifesta quadros clínicos semelhantes.

A parotidite aguda, em adultos, é em geral pouco prevalente na população adulta jovem previamente saudável. A paciente do caso aparentemente não dispõe de fatores de riscos frequentemente associados ao desenvolvimento de parotidite aguda, a mesma é do sexo feminino, de meia idade e supostamente hígida, porém o quadro clínico coincide com a literatura, devido ao edema de glândula parótida associado à dor, bem como a ocorrência de leucocitose com neutrofilia, mesmo não sendo informado o estado de higiene oral da paciente, o que também poderia ser um fator causal.

No entanto, as infecções odontológicas estão sendo apontadas como uma das principais causas de parotidite em adultos na atualidade, além de outras causas já citadas. Portanto, o diagnóstico precoce e localização precisa do processo infeccioso tem por consequência um melhor prognóstico, minimizando possíveis complicações, principalmente que envolvem pele, conduto auditivo externo e articulação temporomandibular, até mesmo podendo evoluir para osteomielite e também para tromboflebite das veias faciais.

Conclusão: Entre as infecções orofaciais a parotidite aguda é considerada um processo infeccioso pouco incidente em adultos, sendo mais comum em crianças, idosos e imunocomprometidos. O relato de caso estudado pode reunir os principais aspectos da patologia em questão. Apesar da raridade e singularidade da mesma, faz-se necessário adequada condução do caso, evitando exacerbação do processo inflamatório e possíveis complicações já citadas no estudo, minimizando danos à saúde da paciente e maior disposição de recursos futuros. Como recomendações, tratamento precoce se evidência de processo infeccioso da glândula, higiene oral adequada, prevenções orofaciais rotineiras e avaliação médica periódica, podem minimizar possíveis complicações e até mesmo diagnósticos errôneos.

Palavras-chave: parotidite adulto; parotidite; massa cervical.

Autor principal: VITOR TAKASHIBA

Coautores: FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO, MAYARA ROSANELLI, VINICIUS SIMON TOMAZINI, ELOUISE ZWIRTES FRARE, EDUARDO SILVA FARINAZZO, MARCO AURÉLIO FORNAZIERI, ANDRÉ ARMANI

Instituição: Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná

Apresentação do caso: Paciente AGNF, sexo feminino, 17 dias de vida, deu entrada no Hospital Universitário do Norte do Paraná, com história de tumoração em região maxilar esquerda, com aumento progressivo desde o nascimento. Paciente sem intercorrências gestacionais.

Ao exame físico, protrusão ocular esquerda com incapacidade de oclusão palpebral completa, associado a tumoração e projeção de maxila esquerda. À oroscopia, palato íntegro, com abaulamento endurecido à esquerda. A rinoscopia esquerda apresentava um abaulamento com deslocamento da mucosa de parede lateral e obstrução da fossa nasal.

Realizada tomografia de face e seios paranasais, que revelou material com densidade de partes moles em hemiface esquerda comprometendo o espaço mastigador e seio maxilar, com extensão para as células etmoidais e rinofaringe do mesmo lado. A lesão se estende, também, para a fossa nasal, detendo-se no septo nasal, assim como para o assoalho da órbita à esquerda, associado a protrusão ocular. Realizada então, ressonância magnética, que demonstrou lesão heterogênea de 4,3x4,1x2,8 cm, com aspecto cístico e contornos lobulados em cavidade nasal esquerda e rinofaringe, com envolvimento de área inferior de órbita ipsilateral. Optado por punção aspirativa da lesão com presença de líquido amarelo citrino de pouca celularidade.

Após exames de imagem e punção, realizado o diagnóstico de linfangioma, e optado por tratamento com Picibanil (OK-432). A paciente encontra-se em acompanhamento, com a primeira dose de OK-432 programada para agosto de 2022.

Discussão: Linfangioma é uma lesão congênita benigna, formada pela dilatação do sistema linfático, com etiologia desconhecida, mas sabe-se que ele ocorre devido a drenagem inadequada dos vasos linfáticos.

Possui característica de crescimento lento e progressivo, indolor na maioria dos casos. Apesar da benignidade, pode invadir estruturas adjacentes e gerar sintomas dependendo do tamanho e localização.

Cerca de 50 a 70% acometem a região de cabeça e pescoço. Correspondem a 25% dos tumores benignos em crianças e 90% aparecem até os 2 anos de idade. Possui um excelente prognóstico e a maioria dos pacientes desenvolvem uma vida ativa e saudável.

Pode ser composto por múltiplos cistos heterogêneos ou cisto único e é preenchido por um líquido amarelo citrino. Classificado conforme seu tamanho, os macrocistos (maior de 2cm) são denominados higroma cístico, e quando microcistos (menor de 2cm) como linfangioma cavernosos.

O diagnóstico é confirmado por exame de imagem, preferencialmente ultrassonografia, pela não radiação do exame. Entretanto, também pode ser realizado por tomografia ou ressonância, que conseguem definir com maior precisão o envolvimento da lesão e ajudar no planejamento terapêutico.

A proposta cirúrgica com retirada completa da lesão é o tratamento ideal, mas deve ser individualizada analisando tamanho, comprometimento estético e estruturas adjacentes que podem ser acometidas. Nos casos em que não é possível sua excisão completa é necessário considerar uma segunda opção terapêutica ou ainda uma ressecção incompleta avaliando o risco de recidiva.

Outra medida descrita na literatura e que vem apresentando bons resultados, principalmente nos macrocistos é a substância OK-432 (picibanil). Ela é uma preparação feita de cepas de *Streptococcus pyogenes* tratadas com penicilina benzatina, que produz uma reação inflamatória e regressão da lesão.

Comentários finais: Linfangiomas grandes ou profundos em região de face, merecem individualização e Discussão na escolha do tratamento, uma vez que, apesar da benignidade da patologia sua excisão completa pode levar a um prejuízo estético grande ou mesmo funcional.

Nesses casos, tratamentos com substâncias esclerosantes tornam-se uma opção interessante, mas que ainda carecem de informações. Novos estudos podem ajudar a esclarecer incertezas que existem nesses tratamentos.

Palavras-chave: higroma cístico; Picibanil; tumor maxilar.

Autor principal: LEONARDO ASSIS SILVESTRINI

Coautores: VALMIR TUNALA JUNIOR, GABRIELA ARAÚJO FERREIRA PIRES, LUCIANA AGUIAR CARNEIRO ARAUJO, LUDIMILA SOBREIRA SENA, LARISSA GOMES ESPINOSA, FERNANDA COELHO ATAYDES SEABRA

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

Apresentação do caso: T.A.V.S, 32 anos, sexo masculino, previamente hígido, atendido no ambulatório de Laringologia do HC-UFU em 18/11/2021. Relatava surgimento de lesão violácea em cavidade oral, com 35 dias de evolução, de crescimento lento e progressivo, com desconforto à deglutição. Negou febre, perda de peso, disfagia ou odinofagia no período. Questionado sobre hábitos alimentares, vícios ou exposição a fatores de risco para o surgimento de lesões orais, relatou apenas ser tabagista social, com baixa carga tabágica. Negou etilismo, consumo de bebidas quentes, atividade sexual desprotegida ou histórico pregresso e familiar para lesões semelhantes.

Ao exame físico, notada lesão irregular, de aspecto lobulado/cístico, violácea, de consistência fibroelástica em parede posterior da orofaringe, medindo cerca de 03cm de diâmetro, sem extensão para nasofaringe ou hipofaringe. À palpação cervical, não foram notadas linfonodomegalias. Demais aspectos do exame físico sem alterações. Na ocasião, realizados exames de rastreio infeccioso, na suspeita de Sarcoma de Kaposi, que se mostraram sem alterações. Sendo assim paciente foi submetido a biópsia incisional da lesão em 25/11/2021, com resultado histopatológico evidenciando Hemangioma Cavernoso. O caso foi discutido com equipe de cirurgia vascular do HC-UFU, que indicou iniciar o tratamento clínico com Propranolol 40mg uma vez ao dia, e avaliar a evolução.

Paciente retornou ao ambulatório de laringologia em 20/01/2022, em uso de propranolol, relatando piora do desconforto ao deglutir e aumento da lesão orofaríngea. Negou o surgimento de sintomas associados. Ao exame físico, notado aumento no diâmetro da lesão, ocupando toda a orofaringe. Palpação cervical livre de alterações. Realizada fibronasolaringoscopia durante a consulta, que descartou acometimento em rinofaringe, hipofaringe e laringe.

Diante da evolução desfavorável do quadro, paciente foi submetido a novo procedimento cirúrgico em 10/02/2022, com ressecção da lesão com bisturi elétrico por via transoral. Anatomopatologia confirmou o diagnóstico de hemangioma cavernoso, sem sinais de malignidade. Recebeu alta com orientação de manter o tratamento clínico. Desde então segue em acompanhamento ambulatorial, apresentando cicatrização satisfatória em orofaringe, ausência de lesões residuais ou recidivas e negando quaisquer sintomas.

Discussão: Hemangiomas são tumores benignos vasculares, originados de reabsorção ineficiente de brotos vasculares do mesoderma. A região da cabeça e pescoço é a mais acometida, com maior prevalência no sexo feminino. Geralmente se manifestam nas primeiras semanas de vida, com alto índice de proliferação durante o primeiro ano, envolvendo espontaneamente após esse período.

Podem ser divididos em capilares, cavernosos ou mistos. Capilares são mais frequentes e geralmente superficiais. Cavernosos são maiores e menos delimitados, apresentando grandes espaços irregulares.

O diagnóstico é feito a partir de história clínica e exame físico, porém, exames de imagem podem ajudar na diferenciação. A ressonância nuclear magnética pode demonstrar características de fluxo e a extensão da lesão em profundidade. Angiografia pode ser usada como método diagnóstico e terapêutico, quando indicada a embolização das lesões.

O tratamento varia com o tamanho e grau de comprometimento funcional. Tumores pequenos, bem delimitados e sem prejuízo funcional podem ser observados. A intervenção pode ocorrer por meio de laser local; corticoides para acelerar a involução; propranolol para inibir o crescimento e induzir regressão; e ressecção cirúrgica, em casos com crescimento excessivo, lesões perioculares e nasais, ou tumores residuais.

Comentários finais: Avaliando idade de início dos sintomas, velocidade de crescimento, aspecto e localização da lesão, inicialmente foram descartadas hipóteses mais prováveis. Somente após a biópsia foi iniciado o acompanhamento adequado do hemangioma. Sendo assim, ressaltamos a importância do raciocínio clínico associado à condução correta do caso, alcançando o controle da doença e evitando tratamentos desnecessários e traumas ao paciente.

Palavras-chave: hemangioma; orofaringe; adulto.

Autor principal: JORGE BARRENECHE DOS SANTOS NETO

Coautores: ANDERSON CASTELO BRANCO DE CASTRO, GUSTAVO BARRETO DA CUNHA, MARIA VITTORIA DE MACEDO SIMEÃO BRASILEIRO, AUGUSTO NIEHUES AVELAR, NILVANO ALVES DE ANDRADE

Instituição: Hospital Santa Izabel

Apresentação do caso: Rn L.V.S.D.L nascida de parto cesárea, 39 semanas de gestação, não chorou ao nascer, hipotônica, foi submetida a dois ciclos de ventilação com pressão positiva, evoluindo com choro e exteriorização de massa volumosa pedunculada em região oral, acima da língua. Paciente evoluiu com respiração espontânea, porém apresentou episódios de obstrução de vias aéreas superiores devido a deslocamento da massa para região de faringe, com apneia, cianose central e dessaturações. Rn encaminhada para UTI neonatal, sendo realizada intubação orotraqueal para assegurar a permeabilidade da via aérea. A mesma, foi transferida para hospital terciário de referência com 05 dias de vida, para avaliação da equipe de otorrinolaringologia. Em unidade de referência, foram realizados: videonasofaringoscopia com ótica flexível, que evidenciava lesão pediculada em terço posterior do dorso da língua, tomografia computadorizada e ressonância magnética de face que evidenciavam lesão de 2,0 x 1,2 x 1,1cm, de aspecto semelhante a tecido adiposo semelhante a um cisto dermoide, em cavidade oral, sem sinais de invasão meningocerebral. Paciente aos 12 dias de vida, foi submetida a procedimento cirúrgico assistido por vídeo, que evidenciava lesão pediculada em região de base de língua, sendo feita exérese completa da lesão. Paciente foi extubada, após 02 dias do procedimento cirúrgico, sem novos eventos respiratórios. Anatomia patológica da peça, confirmou o diagnóstico de teratoma maduro.

Discussão: Os teratomas congênitos, apresentam uma prevalência de 1: 4.000 nascidos, sendo que 10% dos casos originam-se da região da cabeça- pescoço e sistema nervoso central.¹ O teratoma orofaríngeo ou epignathus é o tipo mais raro, compreendendo apenas 2% dos teratomas fetais. A incidência de epignathus varia de 1: 35.000 a 1: 200.000 nascidos vivos, sendo mais comum no sexo feminino na razão de 3: 1.² Os teratomas neonatais de cabeça e pescoço estão associados a quadros de obstrução das vias aéreas neonatais 35%, com taxa de mortalidade entre 10-25%.³ Os teratomas são tumores complexos compostos por várias linhagens de células embrionárias. Cerca de 90% dos teratomas em crianças são compostos por tecidos derivados das três camadas embrionárias com alta proporção de tecido neuroectodérmico. Em 60 a 80% dos casos são considerados teratomas maduros, ou seja, composto por tecidos bem diferenciados.³ Devido à estrutura heterogênea do tecido, a natureza benigna desses tumores não pode ser confirmada por simples biópsia. Portanto, a ressecção completa do teratoma deve ser realizada.³

Comentários finais: O caso relatado e as evidências da literatura, demonstram que um caso de teratoma congênito de orofaringe em neonato pode evoluir logo após o nascimento com desconforto respiratório agudo secundário a obstrução das vias aéreas superiores. Sendo assim, o diagnóstico pré-natal, mostra-se de fundamental importância, uma vez que apesar da baixa incidência, os teratomas congênitos de cabeça e pescoço estão associados a altas mortalidade neonatal. No caso relatado foi de fundamental importância para o sucesso da abordagem cirúrgica, o estudo do caso com exames de imagem e dosagem de alfafetoproteína, além de discussão multidisciplinar com equipe da otorrinolaringologia, cirurgia pediátrica e radiologia

Palavras-chave: orofaringe; teratoma; língua.

Autor principal: ISABELA GOMES MALDI

Coautores: LEANDRO CASTRO VELASCO, LUCAS DA SILVA BRAZ, VICTORIA FRANCO GONCALVES, JÚLIA RAMOS DE MELO, PAULIANA LAMOUNIER E SILVA DUARTE, HUGO VALTER LISBOA RAMOS, CLAUDINEY CANDIDO COSTA

Instituição: CRER

Apresentação do caso: J.U.S, 88 anos, sexo masculino, procura atendimento por quadro de epistaxe de repetição há 4 meses, associado a obstrução nasal à esquerda, ambas refratárias ao tratamento clínico. Apresenta no exame físico lesão fixa e eritematosa em borda caudal esquerda de aproximadamente 2cm, sem crostas e sem sinais de sangramentos recentes. Na tomografia de seios paranasais observa-se apenas material hipodenso no interior da cavidade nasal à esquerda. Realizada biópsia que evidenciou neoplasia maligna pouco diferenciada, e imuno-histoquímica com HMB45 positivo nas células neoplásicas, proteína S-100 negativo, SOX positivo nas células neoplásicas, sendo compatível com melanoma infiltrativo. Paciente encaminhado para serviço de oncologia para seguimento e acompanhamento do quadro e realização do tratamento adequado.

Discussão: O melanoma de mucosa nasal é raro, não tem como precedentes lesões consideradas pré-malignas e ainda apresenta prognóstico incerto. Ele acomete, principalmente, pacientes idosos acima dos 60 anos. Tal patologia possui como principais sintomas obstrução nasal e epistaxe, mas é possível encontrar: rinorreia, hiposmia, facialgia, cefaleia, exoftalmia ou diplopia a depender da extensão da lesão e da existência de metástases. O exame físico é fundamental, e nele pode ser visto lesões mal delimitadas de tons negro-azulado, amarelo ou transparentes. Exames complementares como tomografia e ressonância corroboram no estadiamento da doença. No estudo anátomo patológico pode se encontrar áreas de necrose, citoplasma eosinofílico, núcleo hiper cromático e hipertrófico e o nucléolo evidente. Enquanto isso, na imuno-histoquímica a positividade para S-100, HMB-45, SOX e Vimentina. O tratamento consiste em quimioterapia ou radioterapia a escolha deste depende do quadro clínico do paciente, da extensão e grau de invasão da lesão. Pela dificuldade em diagnóstico precoce e agressividade do tumor o prognóstico muitas vezes é sombrio com menos de 50% dos pacientes com sobrevida de 3 anos.

Considerações Finais: O melanoma de mucosa nasossinusal, apesar da baixa incidência, é fundamental para o prognóstico fazer o diagnóstico precoce. Pacientes idosos com epistaxe de repetição, obstrução nasal e massa nasal refratários ao tratamento clínico, se possível, devem ser submetidos ao estudo anatomopatológico da lesão a fim de confirmar o diagnóstico, e consequentemente receberem o tratamento individualizado.

Palavras-chave: melanoma; epistaxe.

Autor principal: LEIDIANY ALVES DE AMORIM

Coautores: MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO, MARIA LUIZA VERONESE BAZZO, RAUL IVO AURELIANO NETO, VICTOR HUGO TETILLA MOREIRA, TARCÍSIO REDES XAVIER, RAYNA FERRER DE SOUZA GONÇALVES, IZABELA BEZERRA PINHEIRO ESPÓSITO

Instituição: Hospital Otorrino de Cuiabá

Apresentação do caso: Paciente masculino, 68 anos, branco, divorciado, lavrador, natural do município de São João da Barra, estado de São Paulo, procedente de São José do Rio Preto, São Paulo. Iniciou quadro de lesão ulcerada em região mentoneana e lábio inferior há cinco anos, que progrediu com déficit cicatricial, expansão lesional para base de língua, mandíbula com focos infecciosos e necróticos que oscilavam entre arrefecimento e deterioração cutânea. De base, paciente etilista com ingestão de cervejas e destilados por 50 anos, com abrasão solar sem proteção adequada devido exposição ocupacional, hipertenso, com fibrilação atrial crônica compensada em uso de betabloqueador. Nos primeiros quatro anos, referia apenas dor local leve que não atrapalhavam habitação cotidiana, ausência de sintomas sistêmicos. Há um ano mantinha lesão em progressão e iniciou quadro de hiporexia e perda de peso ponderal que culminaram em desnutrição leve, astenia e procura de assistência médica. Procurou nosso serviço referindo dor leve local e demais queixas subcitadas, ao exame físico apresentava lesão ulcerada, em lábio inferior acometendo base da língua, região vestibular e gengival a direita.

Foi realizada a biópsia de um fragmento da lesão do lábio inferior que evidenciou carcinoma espinocelular com áreas fusocelulares e outras moderadamente diferenciadas, ulcerado. Portanto, frente ao estadiamento avançado do tumor (estadio IV), optou-se pela realização de hemimandibulectomia segmentar, exérese de tumor de lábio inferior, hemiglossectomia e enxerto de deltoide, sem intercorrências.

Após 10 meses, evoluiu com lesão em órbita direita, sendo realizado biópsia da lesão que evidenciou carcinoma basalóide, sem alterações sistêmicas prosseguindo manejo com radioterapia, com posterior regressão significativa da lesão. E após discussão com equipe de oncologia optou-se pelo acompanhamento expectante e seguimento radioterápico.

Discussão: O carcinoma basalóide escamoso, subtipo raro do carcinoma epidermóide, é mais frequente entre homens com idade acima de 40 anos e em via aérea superior, características estas encontradas no paciente supracitado, exceto pelo local da lesão em que houve acometimento de órbita. Já o carcinoma epidermóide a priori com Apresentação clínica assintomática ou queixas pouco relevantes avultam diagnóstico tardio corroborando no desenvolvimento de metástases para órgãos internos e metacronicidade da lesão basalóide. (Ref 10, 11).

Vários fatores presentes no caso foram apontados como patogênicos em relação a progressão tumoral, entre eles destacam-se a cronicidade do estilismo e deficiência de melanina acrescida de irradiação solar provinda da exposição ocupacional. Nos tumores de lábio inferior a ressecção cirúrgica com margens livres é o tratamento de escolha. A radioterapia está indicada tanto para os pacientes com lesões irresssecáveis quanto como terapia adjuvante nos casos de metástases linfonodais, invasão angiolinfática, perineural e recorrência (Ref 20).

Em relação a agressividade biológica, segue-se o antagonismo entre incidência versus morbimortalidade decorrente do tumor. Enquanto o carcinoma epidermóide se faz o mais comum, de caráter insidioso, o carcinoma basalóide tem incidência rara e rápida progressão, estabelecendo piora significativa no prognóstico do paciente relatado sobrepondo a boa evolução clínica decorrente do tratamento cirúrgico e radioterápico radical do tumor de lábio inferior

Comentários finais: Frente a alta incidência de CEC e antagonicamente raridade de CBE, bem quanto ao diagnóstico tardio de ambas as lesões no paciente relatado, destaca-se um prognóstico reservado devido a metatipicidade dos tumores sendo suplantada por uma boa evolução clínica pós cirúrgica e exímia resposta sistêmica ao tratamento radioterápico. Cabe ressaltar que o paciente segue sem programação cirúrgica no momento, com nutrição adequada por via oral e com evolução clínica e biológica satisfatória.

Palavras-chave: carcinoma de células escamosas; condições pré-cancerosas; neoplasias de lábio inferior.

Autor principal: LAÍS BURATO

Coautores: LILIANE VANZETTO, ALICE RUIZ GARCIA, JUPARETHAN TRENTA RIBEIRO

Instituição: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Apresentação do caso: K.T.G, 42 anos, feminina, pedagoga, procura serviço de otorrinolaringologia após inúmeras consultas com diferentes especialistas da área da saúde. Relata há 8 anos um quadro de cervicalgia bilateral com tensão cervical, cefaleia, odinofagia, dor facial generalizada, trismo, zumbido bilateral pior à direita, sensação de plenitude auricular, hipoacusia e tonturas que pioram ao movimento. Refere piora dos sintomas ao abrir a boca, deglutir e ao esforço vocal. Nega cirurgias orofaríngeas prévias. Paciente fazia uso de analgésicos e relaxante muscular diariamente, com alívio parcial dos sintomas. Há 2 anos iniciou quadro de linfonodomegalia cervical relatando desconforto, quando em pesquisa diagnóstica foi relatado Síndrome de Eagle. Em angiotomografia cervical foi observado processos estiloides alongados.

Discussão: A Síndrome de Eagle é o alongamento ou calcificação do processo estiloide. O tamanho do processo estiloide considerado alongado varia de 2,5 cm até 4 cm na literatura. Além do alongamento é necessário a presença de manifestações clínicas para diagnóstico da Síndrome de Eagle.

O alongamento do processo estiloide é encontrado em cerca de 5% da população, mas apenas 4% desses são sintomáticos. O típico paciente com síndrome de Eagle é feminino (3: 1), entre os 30-50 anos. Um processo estiloide alongado ou ossificado comprime estruturas neurovasculares ao redor do complexo estiloide, assim como estruturas adjacentes, promovendo uma diversidade de manifestações clínicas.

Normalmente as anormalidades são bilaterais, mas manifestam-se unilateralmente. A clínica da síndrome de Eagle inclui dor cervical difusa que piora ao bocejar ou ao rotacionar a cabeça, odinofagia, cefaleia, sensação de corpo estranho, manifestações neurológicas, dor de dente, sintomas auditivos (hipoacusia ou acúsia, otalgia, zumbido, plenitude auricular), disfonia e até massa cervical. Pode-se dividir em variante clássica, pelas manifestações de cervicalgia, disfagia, odinofagia ou como variante vascular, levando às principais e mais preocupantes complicações.

As teorias para explicar sua etiologia vão desde uma variante anatômica congênita pela persistência da cartilagem embriológica, assim como expansão do tecido ósseo na origem ligamentar por um processo desconhecido. Ademais, pode ser explicada pela hiperplasia reativa decorrente de trauma, que gera uma ossificação.

A Síndrome de Eagle é um difícil diagnóstico. Além da clínica compatível, a realização de exame físico com palpação da fossa tonsilar com evidente formação que exacerba a dor, é de suma importância a realização de imagem, sendo a tomografia computadorizada (TC) o padrão-ouro. Outra forma de realizar o diagnóstico é por teste clínico: o alívio das manifestações com infiltração anestésica no pilar anterior e na fossa tonsilar também confirma diagnóstico. Todas as outras causas de cefaleia e cervicalgia devem ser eliminadas.

Comentários finais: No caso em questão, além do quadro clínico compatível foi observado radiologicamente processos estiloides alongados, confirmando o diagnóstico. O tratamento definitivo é cirúrgico, realizado pela ressecção parcial do processo estiloide alongado, por abordagem intraoral ou cervical. Há possibilidade de realizar tratamento clínico, de forma conservadora. Além do uso dos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), há alternativas multi-drogas, que abrangem a combinação de antidepressivos, anticonvulsivantes, injeções locais de anestésicos, bloqueio de gânglio.

Palavras-chave: síndrome de Eagle; processo estiloide; cervicalgia.

TCP310

RELATO DE CASO: CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE LARINGE

Autor principal: VICTÓRIA DE CASTRO LEME

Coautores: LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO, LUIZ OTÁVIO BOLSONI SILVA, GUILHERME RODRIGUES NETO, RICARDO VINICIUS BRUNETO, MARIANA JUNQUEIRA REIS ENOUT, HILTON MARCOS ALVES RICZ, PEDRO POLASTRI LIMA PEIXOTO

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP - HCFMRP/USP

Apresentação do caso: Paciente masculino de 66 anos, em seguimento no serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto desde 2012 por um quadro de insuficiência respiratória resolvido com traqueostomia devido a paralisia de pregas vocais idiopática. Possuía história de tabagismo desde os 13 anos de idade. Perdeu seguimento e, em 2021 retornou com piora da disфония associada a desconforto respiratório com a cânula ocluída. À videolaringoscopia indireta observou lesões semelhantes a granulomas nas pregas vocais e em orifício da traqueostomia. À laringoscopia direta identificou lesão ulcerovegetante, friável infiltrando glote, sem sinais de invasão da supra glote, infra glote não visualizada. A biópsia incisional revelou tratar-se de um carcinoma neuroendócrino de grandes células.

A tomografia computadorizada evidenciou lesão laríngea expansiva envolvendo glote e infra glote, sem adenomegalias ou lesões secundárias associadas, estadiada clinicamente como T3N0M0. Optou-se por tratamento cirúrgico com laringectomia total associada a esvaziamento cervical eletivo bilateral (cadeias de II a IV).

O anatomopatológico demonstrou carcinoma neuroendócrino pouco diferenciado de grandes células da laringe, acometendo bilateralmente glote, supra glote e sub glote com extensão para traqueia proximal medindo 8,2 cm de diâmetro. Ausência de invasão angiolinfática, vascular sanguínea e perineural. Margens anterior, posterior, laterais e superior livres. Margem inferior focalmente comprometida e margem adicional de anel traqueal acometida por carcinoma escamoso in situ. Displasia epitelial moderada acometendo mucosa da laringe e epiglote. Esvaziamento cervical com nenhum linfonodo acometido. Estadiamento patológico T3N0MX.

Foi indicada e está atualmente em vigência de quimioterapia com cisplatina e etoposídeo, aos moldes da terapia para carcinoma neuroendócrino de pequenas células de pulmão, além de radioterapia.

Discussão: Carcinomas neuroendócrinos de laringe são incomuns e o subtipo bem diferenciado é o mais raro. A maioria dos pacientes são homens por volta da sexta década de vida com história prévia de tabagismo, sendo este um dos principais fatores de risco para a doença.

O subtipo bem diferenciado se caracteriza histologicamente por até 2 mitoses / 2 mm² e ausência de necrose, com sobrevida em 5 anos próxima de 100%. Os moderadamente diferenciados têm sobrevida média em 5 anos de pouco mais que 50%, caracterizando-se por terem de 2-10 mitoses/ 2 mm² e podem apresentar necrose.

A forma mais agressiva e comum dos carcinomas neuroendócrinos da laringe é o subtipo pouco diferenciado. Podem ser de pequenas ou de grandes células. O de grandes células é o menos comum e por ter um alto grau de indiferenciação, é diagnosticado normalmente no estágio IV. Frequentemente apresentam necrose, invasão angio linfática e perineural e no estudo histológico, devem ter 11 ou mais mitoses / 2 mm². Sobrevida média em 5 anos menor que 20% no de pequenas células e 15% no de grandes células. Metástases para linfonodos regionais são comuns e quase 90% evoluem com metástases hepáticas, pulmonares, ósseas e cerebrais.

Alguns critérios histopatológicos são importantes para o diagnóstico como arquitetura com aspecto organoide, crescimento trabecular, presença de rosetas, células de tamanho médio a grande e com citoplasma moderado a abundante.

As abordagens cirúrgicas são a primeira opção de tratamento. Se bem diferenciado, pode ser realizada cirurgia conservadora. Nos moderadamente e pouco diferenciados a cirurgia radical associada a esvaziamento cervical é preferível, com aumento de sobrevida de quase 30%. Quimioterapia e radioterapia são opções secundárias e para adjuvância, isoladamente apresentam menor sobrevida.

Comentários finais: A subdivisão do carcinoma neuroendócrino de laringe pouco diferenciado em pequenas células e células gigantes é recente, realizada apenas na última década, sendo de suma importância para definir o tratamento de escolha. Até o momento, a abordagem cirúrgica radical é a mais indicada para o subtipo pouco diferenciado de grandes células conforme o caso descrito.

Palavras-chave: laringe; carcinoma neuroendócrino; neoplasia de laringe.

TCP311

ABORDAGEM DO CISTO DO DUCTO TIREOGLOSSO EM IDADE ATÍPICA

Autor principal: EUSTAQUIO NUNES NEVES

Coautores: FELIPE AUGUSTO REIS DE OLIVEIRA, IGOR SANTOS PEREZ ABREU, RAQUEL GOMES CASTANHEIRA, ALONSO GOMES DE MENEZES NETO, JULIA COLARES MOREIRA, SABLINE RODRIGUES SÉRGIO, RAISSA CARVALHO PEREIRA

Instituição: *Núcleo de Otorrino BH*

Apresentação do caso: Paciente H.P.B. 65 anos relata aparecimento de nodulação cervical anterior há mais de três décadas com crescimento insidioso, que associa a halitose e dor referida em hipofaringe. HP: Etilista Social. Nega tabagismo, outras patologias, bem como perda ponderal.

Foi solicitado Ressonância Magnética de pescoço sendo sugestivo de cisto do Ducto Tireoglosso. Realizada cirurgia com acesso cervical anterior externo, remoção do cisto juntamente com o osso hioide e colocado dreno penrose. Remoção do mesmo no 3º DPO além de cobertura antibiótica adequada. Reavaliado com ferida operatória em bom aspecto e anatomopatológico com confirmação da suspeição clínica/radiológica.

Discussão: O cisto do ducto Tireoglosso é uma afecção congênita rara. Esta se localiza na linha média cervical fazendo desta maneira diagnóstico diferencial das massas cervicais em adultos e crianças.

Saber suspeitar da patologia, conhecê-la e identificá-la precocemente faz-se importante uma vez que o tratamento é eminentemente cirúrgico.

O atraso no diagnóstico favorece o crescimento da lesão, a qual pode comprimir estruturas vizinhas ou infectar-se.

Comentários: O cisto do ducto Tireoglosso advém de uma malformação embrionária. O exame de imagem é mandatório para exclusão de outras alterações embrionárias bem como diferenciá-las. O tratamento cirúrgico adequado resolve o quadro, evita recidivas, bem como evita a formação de fístulas o que dificultaria o tratamento.

Autor principal: LUCAS CORREIA PORTES

Coautores: LAURO JOAO LOBO ALCANTARA, JULIANA BENTHIEN CAVICHIOLO, RODRIGO GUIMARAES PEREIRA, ANDRE LUIZ DE ATAIDE, TRISSIA MARIA FARAH VASSOLER, GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA, EMERSON SCHINDLER JUNIOR

Instituição: Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná

Apresentação do caso: Paciente masculino Y.C.B, 11 meses, foi encaminhado ao serviço de otorrinolaringologia por presença de lesão arredondada em dorso da língua. Segundo a mãe, o paciente apresentava a lesão desde o nascimento, o que dificultava o aleitamento do paciente. Mãe negou mudança do padrão ou aumento da lesão. Ao exame físico, otoscopia com conduto normocorado, membrana timpânica íntegra translúcida bilateralmente, ausência de otorreia, à oroscopia amígdala grau 1 (Escala de Brodsky), mucosa corada e hidratada, nódulo em linha média da língua, de aproximadamente 1 centímetro, circular, pediculada, leucoplásica, de bordos regulares, com aspecto de lesão por trauma. Suspeitou-se, no momento, de um cisto dermóide ou tireóide ectópica. Foi então submetido a retirada cirúrgica da lesão, e a peça foi encaminhada para anatomopatológico, que evidenciou ser um hamartoma leiomiomatoso.

Discussão: Os hamartomas são formações pseudo neoplásicas benignas compostos por um agrupamento anormal dos tecidos presentes no órgão afetado. Eles estão em terceiro lugar entre as lesões da língua mais comuns em crianças, sendo apenas menos frequentes que hemangiomas e linfangiomas. No caso em questão, o hamartoma era do subtipo leiomiomatoso, que é composto por células de musculatura lisa; são normalmente encontrados em tecido pulmonar e renal, mas este subtipo também pode acometer a cavidade oral. O seu aparecimento na língua se dá normalmente na região da base da língua, próximo ao forame cego lingual, local onde são encontrados também tireóide ectópica e cistos do ducto tireoglosso. A região possui embriogênese compartilhada de diversas estruturas e portanto o diagnóstico diferencial está muito relacionado com o período embrionário. O exame de imagem para melhor visualização da lesão é a ressonância magnética, entretanto, não é uma forma de se confirmar o diagnóstico. As imagens são inespecíficas e não podem confirmar a natureza da lesão. A tomografia pode ser utilizada para visualização da lesão, mas possui menos definição de partes moles. O diagnóstico dessas lesões, excluídas causas não congênitas, só é possível pós exame anatomopatológico. O diagnóstico diferencial deve ser feito com tireóide ectópica, cisto de ducto tireoglosso, cisto dermóide e outras patologias congênitas da região oral. O tratamento se baseia na ressecção da lesão, que pode ser feita via excisão fusiforme com lâmina de bisturi, eletrocautério, excisão com tesoura ou laser de CO2 seguida por sutura da região. Em caso de suspeita de lesão maligna, deve se considerar uma margem a mais da excisão.

Comentários finais: O hamartoma de língua é uma lesão infrequentemente encontrada na prática otorrinolaringológica e seu diagnóstico só é possível após a biópsia da peça anatômica. Apesar de benigno e assintomático na grande maioria dos casos, sua presença pode causar pressão aos tecidos adjacentes e desconforto ao paciente e deve ser submetido a extração eletiva o mais breve possível.

Palavras-chave: hamartoma leiomiomatoso; nódulo; exérese.

TCP313

GLOMANGIOPERICITOMA NASOSSINUSAL-RELATO DE CASO

Autor principal: RAYNA FERRER DE SOUZA GONÇALVES

Coautores: RAUL IVO AURELIANO NETO, MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO, RAYSSA GARRIDO DOMINGUES, VICTOR HUGO TETILLA MOREIRA, TARCÍSIO REDES XAVIER, LEIDIANY ALVES DE AMORIM, CAMYLA LEMOS BUDIB

Instituição: Hospital Otorrino-Cuiaba

Apresentação do caso: Paciente 51 anos, sexo masculino, deu entrada no Pronto Atendimento com epistaxe posterior de grande quantidade em narina direita de início súbito há 4 horas, negou demais queixas e episódios anteriores, negou ainda comorbidades e uso de medicamentos. A rinoscopia ficou prejudicada devido ao sangramento sendo então o paciente conduzido para Centro Cirúrgico para cauterização. Sendo identificado massa lobular unilateral em narina direita, de coloração pardo-acastanhada e aspecto irregular; retirado fragmento para biópsia.

O Anatomopatológico da lesão revelou neoplasia mesenquimal de baixo grau, constituída por células epitelióides e fusiformes, com discretas atipias, tendo de permeio numerosos vasos congestos e área de hemorragia. O Relatório Imunoitoquímico mostrou neoplasia de aspecto morfológico e que, associado a positividade para Vimetina expressão focal para Actina em células estromais e positividade para CD34 e CD31 em células endoteliais favorece o diagnóstico de glomangiopericitoma nasossinusal.

O paciente foi programado para excisão cirúrgica definitiva com ressecção da concha média direita, antrostomia maxilar direita, etmoidectomia total direita, excisão local ampla do septo nasal direito e endoscopia nasal esquerda com margens intraoperatórias negativas. A lesão foi encontrada aderida à mucosa septal póstero-superior.

Discussão: O GPC nasossinusal é uma entidade rara distinta de outros hemangiopericitomas. GPC foi relatado pela primeira vez como hemangiopericitoma (HPC) em 1942. Desde a sua descrição inicial, a definição desta doença tem sido questionada. O HPC de origem nasossinusal é clínica e patologicamente diferente do HPC de tecidos moles. Em 2005 a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou este tumor como GPC. Essas neoplasias de baixo potencial maligno localizam-se na cavidade nasal, com envolvimento paranasal e extensão da base do crânio incomum. Se houver envolvimento dos seios paranasais, os seios esfenoidal e etmoidal são mais comumente afetados. Os sintomas são devidos ao efeito de massa e incluem dor de cabeça, congestão nasal, epistaxe e sinusite. Embora traumas anteriores, hipertensão, gravidez e uso de corticosteróides são considerados fatores predisponentes, a etiologia do GPC permanece desconhecida. Macroscopicamente, essas lesões aparecem como massas carnudas vermelhas ou rosadas, polipoides e hemorrágicas que sangram facilmente à palpação.

A abordagem mais comum para o tratamento do GPC nasossinusal envolve a excisão completa com abordagem endoscópica, sendo considerado padrão-ouro a ressecção com margens livres de tumor. Nos casos de um tumor primário irresssecável ou doença metastática, radioterapia e quimioterapia podem ser justificadas. A extensão intracraniana e o envolvimento da fossa pterigopalatina não são contraindicações para a excisão cirúrgica endoscópica do tumor. Além disso, tumores grandes ou altamente vasculares podem se beneficiar da embolização seletiva pré-operatória antes da excisão endoscópica.

Em geral, o prognóstico para pacientes com tipo GPC nasossinusal não metastático é favorável, e a recorrência está associada à uma ressecção incompleta do tumor, uma vez que estas se apresentam em forma de recorrência local na excisão inicial. No entanto, o manejo pós-operatório deve incluir vigilância de longo prazo com endoscopia nasal programada em intervalos regulares.

Comentários finais: Em conclusão, o GPC é uma neoplasia incomum da cavidade nasal e seios paranasais que deve ser mantida no diagnóstico diferencial das massas nasossinusais. A investigação pré-operatória geral inclui endoscopia, tomografia computadorizada e ressonância magnética para avaliar a extensão, as características e o tamanho do tumor para um planejamento pré-operatório adequado. A análise histológica é essencial para um diagnóstico preciso. A excisão cirúrgica completa é o tratamento de escolha, com seguimento programado de longo prazo.

Palavras-chave: tumor glômico; miopericitoma; glomangiopericitoma.

SARCOMA ALVEOLAR DE CAVIDADE ORAL AGRESSIVO: RELATO DE CASO DE PACIENTE REFRATÁRIO AO TRATAMENTO

Autor principal: LETICIA RODRIGUES MELO

Coautores: LUIZ SERGIO RAPOSO, GIOVANNA EMANUELLA PIFFER TANURI, DIEGO SANCHES GALAVOTI GUSSON, JULIA COELHO CYRIACO, VITÓRIA PERINOTTO DO NASCIMENTO, PAULA MORTOZA LACERDA BEPPU

Instituição: *Instituto Maniglia de Otorrinolaringologia*

Apresentação do caso: Paciente A.L.S., 36 anos, sexo masculino, procurou atendimento no serviço de Otorrinolaringologia, com relato de aparecimento de lesão em mandíbula direita há 2 meses, com crescimento progressivo e doloroso. Refere sangramento, amolecimento dentário e aparecimento de linfonodo cervical à direita. Paciente nega tabagismo e etilismo. Em biópsia realizada constatou-se neoplasia maligna indiferenciada e em imuno-histoquímica foi evidenciado carcinoma espinocelular pouco diferenciado, variante sarcomatóide, com alterações sugestivas de displasia epitelial de alto grau na mucosa adjacente. Foi realizada tomografia computadorizada de articulação temporomandibular com evidência de lesão lítica permeativa no processo alveolar da mandíbula, com extensão periapical junto aos dentes incisivo central e canino direitos, de aspecto agressivo, com descontinuidade cortical e aumento mal delimitado de partes moles. Paciente foi submetido à ressecção segmentar da mandíbula com esvaziamento cervical supra-hioideo bilateral até área IV. Paciente evoluiu bem após a cirurgia, com deiscências em ferida operatória e sinais de infecção. Iniciou acompanhamento com equipe de Oncologia para realização de quimioterapia, porém, mesmo na vigência de quimioterapia diária persistiu com massas tumorais múltiplas em mandíbula à direita e região submandibular. Foi orientado a iniciar radioterapia adjuvante ao tratamento, porém não houve melhora das lesões.

Discussão: O carcinoma alveolar é uma neoplasia rara, sendo que 80% dos casos são de origem mandibular. Apresenta elevados índices de recidiva e metástase, relacionados à localização, profundidade e tamanho da lesão. O plano terapêutico da lesão se resume a ressecção cirúrgica, complementada por radioterapia ou quimioterapia de acordo com as características que o tumor apresenta. Porém, a sobrevida para tumores orais parece pior do que para tumores em outras partes do corpo.

Comentários finais: Apesar dos avanços e facilidades diagnósticas, o sarcoma alveolar de cavidade oral é uma neoplasia bastante agressiva e de diagnóstico reservado. O tratamento combinado de procedimentos cirúrgicos e radioterapia e quimioterapia, pode não levar à cura em muitos casos. O diagnóstico e tratamento precoces, melhora a possibilidade de controle da doença e o prognóstico.

Palavras-chave: sarcoma alveolar; neoplasia de boca; lesão em mandíbula.

Autor principal: HENRIQUE VIVACQUA LEAL TEIXEIRA DE SIQUEIRA

Coautores: CARLOS TAKAHIRO CHONE, RAFAEL DE CASTRO DA SILVA, DANIEL NAVES ARAUJO TEIXEIRA

Instituição: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Apresentação do caso: Homem, 26 anos, hígido, com histórico de lesão aftóide na borda lateral direita da língua, de início há 2 anos. Evoluiu com crescimento progressivo da lesão, dor intensa e sangramentos locais volumosos, fazendo uso recorrente de opioides para controle algíco. Associado ao quadro, apresentou perda ponderal de 5 kg em 12 meses. Negou tabagismo e etilismo. Negou história familiar de neoplasias da cavidade oral. Ao exame, paciente emagrecido; linfonodomegalia palpável nos níveis II e III à direita, com linfonodos de aspecto endurecido; oroscopia com lesão exofítica de aproximadamente 4 cm, sangrante, na borda lateral direita da língua, endurecida, infiltrativa, não ultrapassando a linha média. Realizada biópsia incisional da lesão, cujo anatomopatológico identificou carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado. Tomografias de crânio, pescoço e tórax não evidenciaram metástases à distância da neoplasia, sendo estabelecido estadiamento T3N2bM0.

Realizada hemiglossectomia à direita com esvaziamento cervical radical modificado à direita e esvaziamento cervical de níveis I a IV a esquerda, seguida de confecção de traqueostomia. Estudo anatomopatológico com descrição de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado e ulcerado, margens livres de neoplasia e ausência de invasão angiolinfática e perineural, imuno-histoquímica com pesquisa de HPV negativa. Notada metástase carcinomatosa em 3 de 22 linfonodos dissecados no esvaziamento cervical à direita, 18 linfonodos ressecados no esvaziamento cervical à esquerda, todos livres de neoplasia. Após a cirurgia, paciente foi submetido a sessões de radioterapia e quimioterapia adjuvantes. Atualmente, segue em acompanhamento regular com a equipe da Otorrinolaringologia e Oncologia Clínica, sem evidência de recidiva da neoplasia até então.

Discussão: O carcinoma espinocelular é o tipo de neoplasia maligna mais comum na cavidade oral, correspondendo a 90% dos casos. Tipicamente apresenta-se em homens entre 60 – 80 anos. Os principais fatores de risco associados são etilismo, tabagismo, exposição ocupacional a agentes químicos, trabalhadores de indústria têxtil, histórico familiar da neoplasia, infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) ou Epstein-barr (EBV). O câncer de cavidade oral em jovens é raro, sendo a língua o principal sítio de acometimento. Descreve-se que 5,7% dos casos diagnosticados no mundo estejam na América do Sul. Estudos recentes demonstram que a incidência na faixa etária jovem tem apresentado crescimento nas últimas décadas, variando de 0.4% a 3.3% de crescimento por ano, com relativa equivalência entre os gêneros. Observa-se, também, nesta população, menor contribuição dos fatores de risco classicamente descritos (álcool e tabagismo) para o desenvolvimento da neoplasia. No presente trabalho, foi apresentado carcinoma espinocelular de língua em jovem, sem fatores de risco associados, nem histórico familiar relevante.

Nesta faixa etária, o tumor tende a ser agressivo, com alto risco de recidiva locorregional. O prognóstico é heterogêneo, dependendo da extensão e do estadiamento, porém pacientes jovens costumam apresentar menores taxas de sobrevivência. O tratamento dos carcinomas de língua baseia-se, principalmente, na ressecção cirúrgica com esvaziamento cervical, associada a quimioterapia e radioterapia adjuvantes caso haja acometimento de estruturas adjacentes. O seguimento pós tratamento é essencial, principalmente nos primeiros dois anos, período em que há maior risco de recidiva do tumor.

Comentários finais: O carcinoma espinocelular de língua é raro em jovens, principalmente abaixo dos 45 anos, porém tende a ser mais agressivo nesta faixa etária, com pouca associação com os fatores de risco classicamente descritos. Ainda assim, esta neoplasia deve ser considerada como possível diagnóstico diferencial de lesões tumorais na língua, mesmo em pacientes jovens e sem fatores de risco. O diagnóstico e tratamento precoce são essenciais para melhor prognóstico.

Palavras-chave: carcinoma de células escamosas; neoplasias de cabeça e pescoço; neoplasias da língua.

Autor principal: LARISSA CARVALHO SILVESTRE

Coautores: LEANDRO RENATO GUSMAO DUARTE, CRISTIANE GONÇALVES CORDEIRO, JOSIELLEN ALMEIDA NASCIMENTO, LETÍCIA ANTUNES GUIMARÃES, LAISSON RONNAN SILVA DE MELO, THATTYANNE CKRYSTTYANN AGUIAR SOUZA, GUSTHAVO DE OLIVEIRA MARQUES

Instituição: Hospital Universitario Clemente de Faria

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 72 anos, admitido com história de engasgo com espinha de peixe há dez dias. Clinicamente bem, queixava de odinofagia e disfagia. Não referia febre ou sintomas respiratórios. Realizada videolaringoscopia rígida, sendo observada abundante secreção purulenta em hipofaringe, sobretudo em seio piriforme esquerdo, não sendo identificado corpo estranho (CE). Endoscopia digestiva alta descartou a presença do objeto em trato digestivo superior. À tomografia computadorizada, foi evidenciado aumento de partes moles retrofaríngeas, ao nível de hipofaringe (C1-C4), com formação afilada e alongada de permeio, medindo 3,5 cm no maior eixo, sugestivo de CE. Optado por abordagem em bloco cirúrgico, foi evidenciado, ao nível de pilar amigdaliano posterior esquerdo, orifício de drenagem de abscesso retrofaríngeo, com saída espontânea de abundante secreção purulenta. Feita ampliação do orifício de drenagem e exploração da região, não sendo encontrado o CE. Paciente permaneceu em observação hospitalar em uso de ceftriaxona, clindamicina e hidrocortisona. Evoluiu com melhora dos sintomas e recebeu alta em boas condições clínicas para seguimento ambulatorial após 72 horas de internação.

Discussão: Os abscessos cervicais são infecções potencialmente graves dos espaços profundos do pescoço. Ocorrem geralmente pela disseminação de algum foco infeccioso de vias aéreas superiores por meio das fáscias cervicais, sendo mais comum em crianças em virtude do grande número de linfonodos presentes nesta região. Em adultos, podem surgir como resultado de infecções odontogênicas, cistos congênitos infectados, e, de forma menos frequente, podem ser ocasionados por CE. A maioria dos casos de ingestão de CE ocorre na população pediátrica, sendo os locais mais comuns de alojamento as tonsilas palatinas, a base da língua e o terço esofágico superior. Em geral, os sintomas comumente relatados são disfagia, odinofagia, globus faríngeo e sialorreia. Grande parte dos CE ingeridos vão para o trato digestivo inferior sem grandes dificuldades. No entanto, cerca de 10-20% dos pacientes evoluem com impactação destes nas vias áreas superiores ou no trato gastrointestinal com necessidade de auxílio médico para remoção. As complicações relacionadas à ingestão de CE não são muito frequentes. Estas incluem, além dos abscessos cervicais, fístulas aorto-esofágicas, ruptura da artéria carótida, mediastinites, trombose da veia jugular interna, entre outras complicações que podem resultar em desfechos fatais. Uma vez diagnosticado o abscesso retrofaríngeo, o tratamento desses pacientes requer internação hospitalar, hidratação venosa, antibioticoterapia precoce e de amplo espectro, além de cuidados com a via aérea desses pacientes. A identificação e remoção do corpo estranho nem sempre será possível.

Comentários finais: Embora os abscessos cervicais sejam uma complicação rara da ingestão de CE, é uma importante hipótese diagnóstica a ser aventada principalmente nos pacientes que persistem com sintomas compatíveis mesmo após sua adequada remoção.

Palavras-chave: corpo estranho; faringe; abscesso retrofaríngeo.

TCP317 PARANGANGLIOMA TIMPÂNICO: RELATO DE CASO

Autor principal: ANNA DÉBORA ESMERALDO DOS SANTOS

Coautores: ARTUR GUILHERME HOLANDA LIMA, GABRIEL PINHO MORORÓ, PAULO AUGUSTO MOREIRA MATOS, MIKHAEL RANIER LEITE RAMALHO, RAFAEL BUSTAMANTE DE CASTRO, JOSE GUMERCINDO VASCONCELOS ROLIM, FERNANDO PORTO CARREIRO FILHO

Instituição: Hospital Geral de Fortaleza

Apresentação do caso: Paciente de 49 anos, sexo feminino, natural de Quixeramobim - Ceará. Relato de otorreia persistente à direita, há cerca de 10 anos, associada a cefaleia hemcraniana e zumbido unilateral à direita, pulsátil, que acompanha as batidas do coração, além de perda auditiva progressiva ipsilateral. Observando-se, em otoscopia de ouvido direito, presença de perfuração central ampla de membrana timpânica, com visualização de massa de coloração avermelhada e pulsátil, em orelha média. Ouvido esquerdo sem alterações. Audiometria mostrando perda auditiva mista severa à direita. Realizou ressonância de conduto auditivo interno, que evidenciou mastoide e orelha média direita preenchidas por material amorfo com hipossinal em T1 e hiperssinal em T2, exibindo realce leve ao contraste paramagnético, associado a intensa área irregular de realce pós-contraste de 1,8x0,7cm, com área central de provável degeneração. Aventada, dessa forma, a hipótese de glômus timpânico e indicada abordagem conjunta pela otorrinolaringologia e cirurgia de cabeça e pescoço. Realizada embolização do tumor, no pré-operatório, sem intercorrências. A exérese da lesão tumoral foi, então, feita através de uma temporelectomia parcial à direita. A paciente evoluiu bem no pós-operatório, apresentando, como sequela, paralisia facial House-Brackmann grau III, sendo encaminhada para realização de fisioterapia motora. Segue em acompanhamento ambulatorial, sem sinais de recidiva do tumor.

Discussão: Os tumores glômicos ou paragangliomas são tumores benignos neuroendócrinos raros derivados de células das cristas neurais (paragânglios), com capacidade em erodir as estruturas adjacentes pela sua intensa vascularização. Podem ser esporádicos, sendo mais observados em mulheres na faixa etária de 60-70 anos e apresentando crescimento lento; ou hereditários, mais observados em jovens, multicêntricos e com uma tendência maior à malignidade. O quadro clínico é marcado por perda auditiva e tinnitus pulsátil, geralmente unilateral. O crescimento tumoral para a orelha média pode resultar na destruição da cadeia ossicular, resultando em hipoacusia condutiva progressiva, além de paralisia facial, se houver infiltração do canal de falópio. À otoscopia, pode ser observada membrana hipervascularizada, massa retrotimpânica vermelho púrpura, às vezes pulsátil. Uma lesão mais extensa poderá se apresentar como massa polipoide em conduto auditivo externo, que sangra profusamente à manipulação. O diagnóstico se dá através da associação de achados clínicos compatíveis a exames de imagem, sendo a angiografia digital o padrão-ouro. A realização de biópsia no pré-operatório é contraindicada. O tratamento cirúrgico é a única modalidade terapêutica com capacidade curativa, sendo indicada a embolização arterial 2 a 5 dias antes da cirurgia, de forma a facilitar a remoção do tumor. Radioterapia paliativa é recomendada apenas nos casos de tumores inoperáveis ou de pacientes idosos, sem condições clínicas para tratamento cirúrgico.

Comentários finais: O Glômus Jugulo-Timpânico é uma neoplasia rara, mas com diagnóstico de suspeição, frequentemente, permitido pela análise do quadro clínico e realização da otoscopia, o que conduzirá ao pedido de exames complementares e ao diagnóstico definitivo. O tratamento deve ser individualizado, considerando idade e comorbidades do paciente, sintomatologia, localização e dimensões do tumor, bem como acesso cirúrgico. O seguimento e a vigilância, a longo prazo, devem ser interpretáveis.

Palavras-chave: paraganglioma; zumbido unilateral; massa pulsátil.

Autor principal: MIKHAEL RANIER LEITE RAMALHO

Coautores: ANNA DÉBORA ESMERALDO DOS SANTOS, RAFAEL BUSTAMANTE DE CASTRO, PAULO AUGUSTO MOREIRA MATOS, ARTUR GUILHERME HOLANDA LIMA, GABRIEL PINHO MORORÓ, DANIEL ALENCASTRO DE SOUSA, FERNANDO PORTO CARREIRO FILHO

Instituição: Hospital Geral de Fortaleza

Apresentação do caso: Paciente, 40 anos, sexo masculino, apresenta queixas de massa cervical a direita de crescimento progressivo em topografia de ângulo mandibular e região anterior de músculo esternocleidomastóideo, o qual notou surgimento há um ano. Refere sintomas de dor local ocasional e sensação de peso no pescoço que vem piorando. O mesmo havia realizado ultrassonografia cervical doppler evidenciando formação expansiva hipocogênica de partes moles junto à bifurcação carotídea direita rechaçando a artéria carótida externa. Angiotomografia de carótida e vertebrais evidenciou lesão expansiva hipervascularizada envolvendo a bifurcação carotídea direita com extensão medial a orofaringe, diminuindo luz de via aérea, e no sentido apical até a base do crânio sugestiva de paraganglioma. Devido suspeita foi dosado catecolaminas urinárias e séricas com valores dentro da normalidade, sendo indicado abordagem cirúrgica. Realizado arteriografia de carótidas e embolização do tumor com posterior ressecção cirúrgica via cervicotomia e mandibulotomia associado a linfadenectomia cervical e traqueostomia protetora sem intercorrências, seguido de cuidados intensivos. Resultado de histopatológico confirmou paraganglioma não produtor de catecolaminas com margens cirúrgicas livres e ausência de neoplasia em linfonodos ressecados. Paciente recebeu alta hospitalar após 2 semanas com seguimento ambulatorial junto a reabilitação fisioterápica e fonoaudiológica, com posterior decanulação.

Discussão: Os paragangliomas são tumores benignos raros e hipervascularizados, localizados principalmente na região da cabeça e pescoço, derivados de células dos paragânglios extra-adrenais do sistema nervoso autônomo. Na região cervical são comumente distribuídos ao redor do corpo carotídeo, nervos cranianos como o vago e hipoglosso, e região jugulo-timpânica, sendo a maioria unilateral e raramente bilateral. Apresentam-se como massa cervical pulsante de crescimento lento, indolor e progressivo a nível de bifurcação da carótida, podendo causar compressão em estruturas adjacentes e consequentemente sintomas como disfagia, disfonia, sensação de peso e estridor. Em alguns casos são produtores de catecolaminas podendo causar sintomas adrenérgicos. Pulmão e ossos são os sítios mais comuns de metástase, no entanto estas não são frequentes e quando ocorrem apresentam evolução lenta. O diagnóstico pode ser elucidado a partir de arteriografia evidenciando massa vascularizada em bifurcação carotídea. Tomografia costuma evidenciar massa isodensa com realce após contraste. Ressonância de pescoço evidencia massa hipodensa em T1 e hiperdensa em T2 com imagens serpiginosas em interior de lesão. Biópsias incisionais e punções não são recomendadas devido risco de sangramentos vultuosos. O tratamento desses tumores é essencialmente cirúrgico com ressecção completa e preservação da artéria carótida. Recidivas são raras e radioterapia adjuvante não se faz necessário.

Comentários finais: Os paragangliomas são tumores incomuns, mas que devem estar no rol de diagnósticos das massas vascularizadas cervicais, local mais comum de surgimento. Devido benignidade e crescimento lento, esses tumores tendem a ser assintomáticos ou oligossintomáticos, podendo permanecer ocultos por anos. Tratamento cirúrgico é essencial por ser curativo e prevenir complicações sérias ao paciente.

Palavras-chave: paraganglioma; corpo carotídeo; arteriografia.

CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO DE FOSSA NASAL - ABORDAGEM DE TUMOR EM LOCALIZAÇÃO RARA

Autor principal: MIKHAEL RANIER LEITE RAMALHO

Coautores: ANNA DÉBORA ESMERALDO DOS SANTOS, RAFAEL BUSTAMANTE DE CASTRO, PAULO AUGUSTO MOREIRA MATOS, ARTUR GUILHERME HOLANDA LIMA, GABRIEL PINHO MORORÓ, DANIEL ALENCASTRO DE SOUSA, FERNANDO PORTO CARREIRO FILHO

Instituição: Hospital Geral de Fortaleza

Apresentação do caso: Paciente, sexo masculino, 71 anos, apresenta quadro de obstrução nasal progressiva unilateral a esquerda associada a epistaxes e dor em região de suco nasolabial ipsilateral de início há 6 meses. Na ocasião o mesmo foi encaminhado a ambulatório de otorrinolaringologia de hospital terciário, onde foi realizado exames complementares para elucidação diagnóstica. Nasofibrosopia evidenciou lesão sólida recoberta por mucosa se estendendo por assoalho e septo de fossa nasal esquerda. Tomografia de seios paranasais mostrou lesão sólida hipodensa em fossa nasal esquerda erodindo osso de palato duro, septo e maxila com acúmulo de secreção em seio maxilar esquerdo. Biópsia de lesão evidenciou ilhas de células tumorais ductais associado a numerosos cistos contendo material hialino basofílico sugestivo de neoplasia de glândula salivar – carcinoma adenóide cístico. O mesmo foi submetido a ressecção de tumor via endoscópico nasal associado a antrostomia maxilar, remoção de cornetos nasais médio e inferior esquerdo e ressecção de septo nasal, seguido de radioterapia adjuvante (32 sessões). Seis anos após, durante consultas de seguimento ambulatorial, foi visto por meio de tomografia de controle, nova lesão osteolítica em região de palato duro a direita com extensão para parede anterior de seio maxilar homolateral medindo 2,5x1,5cm e extensão para cavidade nasal tocando concha inferior. Realizada nova biópsia de lesão o qual evidenciou infiltração óssea por carcinoma adenoide cístico, padrão cribiforme sugestivo de recidiva de lesão tumoral. Devido novo quadro de recidiva, foi realizado novos exames de imagem para estadiamento, evidenciando doença localizada, e indicado nova abordagem cirúrgica, sendo realizado maxilectomia direita. Novo histopatológico de lesão evidenciou carcinoma adenoide cístico infiltrando osso com margens cirúrgicas livres da lesão, sem evidência de invasão perineural. Paciente mantém acompanhamento ambulatorial com programação de correção de fístula oroantral decorrente de complicação de última cirurgia.

Discussão: O carcinoma adenóide cístico se caracteriza como uma neoplasia maligna das células ductais das glândulas salivares correspondendo a 14,5% dos tumores dessas glândulas. Tem prevalência entre adultos da quinta a sétima década de vida, com leve maior frequência em mulheres. O seu local mais comum de ocorrência é na parótida seguido das outras glândulas salivares maiores e menores. Por vezes, mais raramente, podem acometer maxilar, com tendência a pior prognóstico por conta de invasão de estruturas adjacentes como fossa nasal. Podem ser de três tipos histológicos: cribiforme, tubular e sólido, sendo o cribiforme o mais comum. O mesmo apresenta crescimento lento ao longo dos anos, mas possui alta capacidade de metastatizar para sítios distantes devido frequente invasão perineural, levando a uma boa sobrevida nos primeiros 5 anos de doença (80%), mas com queda vertiginosa a longo prazo. O tratamento é cirúrgico, com tendência a ressecções mais radicais em virtude do mau prognóstico a longo prazo associado a esvaziamento cervical nas metástases linfonodais. Radioterapia adjuvante tem papel principalmente nos casos de ressecções incompletas ou recorrências. Localização, tipo histológico e presença de metástases definirão a melhor estratégia cirúrgica de tratamento a ser utilizado e prognóstico.

Comentários finais: Devido o crescimento lento, pacientes com carcinoma adenóide cístico podem apresentar com lesões orais ou massas em glândulas salivares que podem passar despercebidas. Localizações infrequentes com maxila tendem a ter pior prognóstico e confundir com outras patologias mais comuns dessa região. O longo acompanhamento pós-operatório justifica-se devido à grande capacidade de recidiva desses tumores, mesmo muitos anos após o tratamento.

Palavras-chave: neoplasia maligna; glândulas salivares; invasão perineural.

Autor principal: JOSÉ RILDO FERNANDES DE OLIVEIRA FILHO

Instituição: JRF Cirurgia Plástica Facial

Objetivos: Demonstrar uma técnica para tratamento de neoplasias de Parótida, fortemente indicada para lesões benignas, menores que 3 centímetros, com localização superficial e/ou em polo inferior da parótida, oferecendo uma cirurgia tão segura quanto a convencional, mas com menor tempo cirúrgico, cicatriz com comprimento reduzido e consequentemente menor índice de complicações como lesão do nervo grande auricular.

Métodos : Apresentamos 03 casos operados em 2022 utilizando a técnica de Parotidectomia minimamente invasiva. Diferente da técnica tradicional, que visa inicialmente a identificação do tronco do nervo facial e a realização de uma parotidectomia parcial seguindo os seus ramos, ela é realizada com incisões reduzidas e mais próximas das localizações dos nódulos e identificando apenas os ramos do nervo facial mais próximos do nódulo com o auxílio de um monitor de nervos. Utiliza-se assim, a técnica chamada Monitoramento Intraoperatório do Nervo Facial (MION). O Monitoramento Intraoperatório do Nervo Facial (MION) permite à equipe médica localizar o nódulo e verificar se o nervo facial passa naquela região. Se não passar, os cirurgiões podem retirar o nódulo sem problemas. Se passar, os profissionais conseguem fazer a dissecação e separar o nervo com o mínimo de manipulação possível.

Resultados: Utilizamos em dois casos incisões submandibulares para acessar nódulos localizados no polo inferior da parótida e no terceiro caso, uma incisão pré auricular sem extensão abaixo do lóbulo da orelha para acessar um tumor de terço médio. Todas as cirurgias foram realizadas com Monitorização Neuro Fisiológica Transoperatória do Nervo facial, identificamos o ramo marginal nas duas primeiras cirurgias e na terceira cirurgia identificamos o ramo bucal isoladamente. Todos os pacientes evoluíram positivamente sem déficit motor ou sensitivo na face ou no lóbulo da orelha. A satisfação estética também foi geral.

Discussão: Na Parotidectomia para tratamentos de nódulos benignos, vários fatores devem ser considerados. Manutenção da função do nervo facial é imperativa, prevenir qualquer tipo de lesão, pois até as mínimas assimetrias podem causar um impacto psicossocial importante sobre os pacientes. Manter a simetria do contorno dos tecidos moles com o lado contralateral é fundamental para não chamar a atenção para o lado operado. Uma cicatriz perceptível ou inestética da cirurgia da parótida pode ter um impacto negativo ao longo da vida do paciente, portanto uma incisão menor, localizada num ponto menos aparente, promovendo uma cicatrização mais estética torna-se necessária se assim for possível. Cicatrizes mínimas ou excepcionalmente bem escondidas são avaliadas mais favoravelmente pelos pacientes do que incisões de Blair modificadas em vários estudos.

Conclusão: Concluímos que apesar da baixa casuística, a parotidectomia minimamente invasiva se mostra como uma alternativa segura, pois utiliza a monitorização intraoperatória do nervo facial durante a cirurgia, consiste geralmente com uma incisão menor evoluindo com uma cicatriz mais estética, e menor trauma cirúrgico, dissecamos normalmente apenas 1 ramo do nervo facial por cirurgia, retirando uma quantidade também menor de tecido parotídeo normal, a cirurgia é realizada num menor tempo cirúrgico e tendo menos risco de paralisia facial.

Palavras-chave: parotidectomia; minimamente-invasiva; monitorização.

Autor principal: VINICIUS SIMON TOMAZINI

Coautores: MARCO AURÉLIO FORNAZIERI, DENIS MASSATSUGU UEDA, RAQUEL CORRÊA MONTEIRO, ALESSANDRA GUILHERME, ELYARA YOSHIE

Instituição: Universidade Estadual de Londrina

Apresentação do caso: Paciente masculino, 12 anos, encaminhado ao serviço do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná devido edema e paralisia facial periférica grau IV à direita após trauma em dimídio esquerdo de face. Internado para investigação com a equipe de otorrinolaringologia, sendo iniciado prednisona 40mg ao dia e vitamina D 500.000UI/semana pelo tempo da internação, aciclovir 200mg 5x/dia por 7 dias, solicitados exames laboratoriais para dosagens hormonais e exclusão de moléstias infecciosas, tomografia computadorizada (TC), audiometria e impedanciometria. À TC de seios de face, foi evidenciada lesão óssea infiltrativa em base de crânio e face, maior à esquerda, com envolvimento de maxila esquerda, plano esfenoidal e asas maiores do esfenóide bilateralmente, asa menor do esfenóide esquerdo, processo frontal esquerdo, processo pterigoideo esquerdo, parede orbitária posterolateral esquerda, mandíbula à esquerda, crista galli e etmoide, levantando a suspeita de displasia fibrosa tipo esclerótica. Complementada investigação de imagem com ressonância magnética (RNM), sendo evidenciada neoformação óssea com aspecto de displasia fibrosa, pequeno foco de acometimento de algumas células da mastoide à esquerda, principalmente ao redor de canal do nervo facial, sem realce anômalo do nervo facial. Em audiometria e impedanciometria, limiares tonais auditivos compatíveis com normalidade bilateralmente e curva A bilateral. Realizado fisioterapia associado. Uma semana após a internação, paciente apresentava melhora progressiva da paralisia facial periférica. Dez dias após admissão hospitalar, paciente apresentava-se em bom estado geral, com paralisia facial periférica grau III/IV à direita e visível melhora no desvio de rima e fechamento ocular, bem como na força muscular e sensibilidade em hemiface à direita. Recebeu alta hospitalar com programação de biópsia para a semana seguinte, desmame de Prednisona, reposição de vitamina D por 8 semanas e manutenção de aciclovir até o 7º dia desde seu início. Indicação para avaliação ambulatorial com neurocirurgia.

Discussão: Displasia fibrosa é um tumor benigno de caráter congênito não hereditário que acomete o esqueleto. É causada por um defeito na diferenciação e maturação osteoblásticas, de modo que o tecido ósseo é substituído por tecido fibroso e traves osteoides irregularmente mineralizadas. Corresponde a 2,5% dos tumores ósseos e 7,5% dos tumores ósseos benignos, acometendo majoritariamente ossos de face e crânio. Pode ser monóstica, quando se apresenta de forma isolada, mas também pode ser poliostótica, quando há acometimento de múltiplos ossos. As formas poliostóticas, quando acompanhadas por manchas cutâneas hiperpigmentadas e puberdade precoce em pessoas do sexo feminino, são próprias da Síndrome de Albright. Sua evolução é lenta, de modo que podem ser assintomáticos e descobertos apenas através de achados de imagem. À radiografia, é característico apresentar aspecto em “vidro fosco”, com lesão irregular, radiolúcida, circundada por halo de alta densidade. Quando há manifestações clínicas, pode ser possível observar dor, proptose, deformidade e fratura óssea, distúrbios hormonais, alterações cutâneas e compressão de nervos cranianos. O tratamento é variável, passando pelo uso de medicamentos, até cirurgias grandes e complexas. A decisão terapêutica deve ser pautada pelo nível de comprometimento da doença e pelas queixas apresentadas pelo paciente, mas a maioria dos casos envolve tratamento cirúrgico conservador. O acompanhamento da displasia fibrosa após o tratamento é importante, devido ao caráter recidivante da doença.

Comentários finais: A displasia fibrosa, por apresentar, em grande parte dos casos, acometimento de face e crânio, é uma doença de interesse diagnóstico para os médicos otorrinolaringologistas. Embora seja benigna, pode causar compressão de nervos cranianos e outras estruturas, provocando graves repercussões funcionais e estéticas, bem como piora da qualidade de vida do paciente. Diagnosticar e tratar adequadamente é de suma importância para preservação de um bom prognóstico e retorno ao paciente.

Palavras-chave: displasia fibrosa; crânio facial.

Autor principal: HENRIQUE VIVACQUA LEAL TEIXEIRA DE SIQUEIRA

Coautores: CARLOS TAKAHIRO CHONE, VANESSA CARVALHO DE OLIVEIRA, TIAGO CARDOSO MARTINELLI, VINÍCIUS DOMENE

Instituição: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Apresentação: Homem, 29 anos, caucasiano, ex-tabagista, há 9 meses com nódulo cervical à esquerda com crescimento progressivo, febre, disfonia, disfagia para líquidos, perda ponderal de 17 kg, sudorese noturna e lombalgia. Paciente sem histórico pessoal ou familiar de neoplasias. Ao exame, paciente emagrecido, apresentando adenomegalia cervical esquerda, medindo 10cm, endurecida e aderida aos planos profundos, além de adenomegalia à direita, de características similares, com cerca de 3 cm. À avaliação, não identificados sinais de compressão de via aérea ou dispneia. Nasofibrosopia flexível com visualização de massa friável na rinofaringe, de caráter obstrutivo na região das coanas, associada à paralisia da prega vocal esquerda na posição mediana. Tomografia computadorizada do pescoço com formação expansiva na rinofaringe, causando erosão no osso esfenoide da base do crânio. Rastreamento adicional evidenciou sinais de doença metastática na coluna lombar, fígado e baço. Realizada biópsia incisional do tumor na rinofaringe, cujo histopatológico descreveu carcinoma epidermoide não queratinizante do tipo indiferenciado, com hibridização in situ positiva para Epstein-Barr vírus (EBV). Após confirmação de carcinoma linfoepitelial EBV associado, proposta terapêutica com sessões de quimioterapia com Gencitabina e Cisplatina. Paciente segue em acompanhamento oncológico, com boa resposta ao tratamento.

Discussão: O carcinoma nasofaríngeo é originado do revestimento da mucosa nasofaríngea, frequentemente localizado no recesso faríngeo (fossa de Rosenmüller). Tipicamente, é descrito em países do Leste e Sudeste da Ásia, o Ártico, Norte da África e Oriente Médio, nos quais a incidência pode chegar a 20-50 casos por 100.000 pessoa-ano. É raro no resto do mundo, com incidência geralmente abaixo de 1 caso por 100.000 pessoas-ano. Em 2018, estima-se que 129.079 novos casos foram diagnosticados no mundo, sendo 85% no continente asiático. Os principais fatores de risco descritos são: sexo masculino; idade avançada; tabagismo; ascendência cantonesa (sul da China); histórico de carcinoma nasofaríngeo em familiar de primeiro grau; infecção por EBV; e dieta rica em peixes salgados secos. No presente relato, o paciente era jovem, caucasiano, sem histórico familiar de neoplasia. Os fatores de risco identificados foram sexo masculino, tabagismo e sorologia positiva para EBV.

O carcinoma nasofaríngeo é histologicamente classificado como carcinoma de células escamosas queratinizante (tipo I), carcinoma não queratinizante diferenciado (tipo II), carcinoma não queratinizante indiferenciado (tipo III) ou carcinoma basaloide escamoso. Pode, ainda, ser descrito como EBV associado (mais comum) e não-EBV associado. No caso apresentado, foi identificado o tipo III, EBV associado. Esta variante, em especial, tem alto potencial invasivo e metastático, com boa resposta à quimioterapia e radioterapia, como evidenciado na evolução do paciente. Por outro lado, o tipo diferenciado e EBV não-associado comporta-se de forma semelhante aos cânceres de cabeça e pescoço em geral, locorregionalmente agressivo, com baixo potencial metastático. O tratamento do carcinoma linfoepitelial de nasofaringe metastático é realizado com quimioterapia, sendo a cisplatina a medicação mais usada. Nos casos de tumor localmente recidivante, a abordagem cirúrgica minimamente invasiva é uma possibilidade terapêutica.

Comentários finais: O carcinoma linfoepitelial de nasofaringe é uma entidade rara, principalmente em pacientes não-asiáticos e jovens, sem histórico familiar desta neoplasia. O diagnóstico precoce é essencial na evolução da doença, sobretudo no tipo indiferenciado associado ao EBV, que é extremamente agressivo, porém com boa resposta à quimioterapia. Novos estudos são necessários para desenvolvimento de outras terapêuticas, sendo a terapia-alvo e a imunoterapia alternativas promissoras para o manejo dos pacientes com doença avançada.

Palavras-chave: neoplasias nasofaríngeas; carcinoma de células escamosas; infecções por vírus Epstein-Barr.

Autor principal: SAMUEL BORGES BASSETTI

Coautores: ROMUALDO SUZANO LOUZEIRO TIAGO, VITOR BITTAR PRADO, MARIA VICTORIA BASTOS TAVARES, CAMILA AYUMI GOTO, MARCO TULIO CRUZ BRAGA, MARIO DE GEUS NETO, PRISCILA CAVALIERI MASSON

Instituição: Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

Apresentação de caso: Paciente do sexo feminino, 41 anos de idade, compareceu em consulta com Grupo de Laringe, encaminhada de Otorrinolaringologista externo, por queixa de desconforto em ângulo de mandíbula à esquerda há cerca de 2 anos, com piora há 1 ano. Referia ainda otalgia ipsilateral de maneira ocasional e episódios de cefaleia holocraniana em aperto. Paciente sem antecedentes clínicos e cirúrgicos, negando uso de medicações contínuas e tabagismo.

Ao exame físico, não apresentava lesões visíveis na oroscopia. À palpação, notou-se presença de formação endurecida em ambas as lojas amigdalíneas. À videolaringoscopia, observou-se base da língua, epiglote, valécua e seios piriformes livres, com pregas vocais móveis, simétricas e boa coaptação à fonação, sem lesões em bordos livres e sem sinais de edema ou hiperemia em região interaritenóidea.

Tomografia de Pescoço evidenciou alterações morfológicas dos processos estilóides, de aspecto septado à direita e pseudoarticulado à esquerda, alongados, medindo à direita 5,5 cm e à esquerda 4,6 cm.

Paciente foi submetida a estiloidectomia bilateral. No pós-operatório, apresentou melhora das queixas iniciais, relatando apenas parestesia cervical e auricular, que cessou completamente após algumas semanas. Estudo anatomopatológico revelou fragmentos de tecido ósseo, cartilaginoso, fibroso e muscular sem atipias, com áreas focais de hemorragia intersticial recente.

Discussão: O processo estilóide é uma projeção óssea do osso temporal, apresentando medidas entre 25 e 30 mm. A Síndrome de Eagle ocorre quando observamos alongamento do processo estilóide, geralmente associado com queixas clínicas. Os pacientes podem referir dor cervical, cefaleia, otalgia, dor ao mudar a posição da cabeça, dor na deglutição, dor nos ombros, sensação de corpo estranho na garganta e dor nas articulações temporomandibulares. Dados da literatura mostram que a Síndrome ocorre em aproximadamente 4% da população geral, principalmente em indivíduos do sexo feminino entre 30 e 50 anos.

Comentários finais: O exame radiográfico é de fundamental importância para auxílio diagnóstico, visto que fornece parâmetros objetivos e permite medir o tamanho do processo estilóide. Em geral, a melhor maneira de conduzir esses quadros é por meio do tratamento cirúrgico, sendo a via de abordagem externa a que oferece mais segurança e que possibilita uma ressecção mais completa.

Palavras-chave: síndrome de Eagle; processo estilóide.

TCP324

ANGINA DE LUDWIG COMPLICADA COM CETOACIDOSE DIABÉTICA, PNEUMONIA E PNEUMOMEDIASTINO: RELATO DE CASO

Autor principal: RAFAEL BUSTAMANTE DE CASTRO

Coautores: DANIEL ALENCASTRO DE SOUSA, MIKHAEL RANIER LEITE RAMALHO, PAULO AUGUSTO MOREIRA MATOS, ANNA DÉBORA ESMERALDO DOS SANTOS, ARTUR GUILHERME HOLANDA LIMA, GABRIEL PINHO MORORÓ, FERNANDO PORTO CARREIRO FILHO

Instituição: Hospital Geral de Fortaleza

Apresentação do caso: 36 anos, feminino, diabética não-controlada, com edentulismo parcial bimaxilar e presença de múltiplas raízes dentárias residuais em arco inferior, com dentes remanescentes em precário estado de conservação, deu entrada na emergência com hiperglicemia (526mg/dL), sonolência, trismo e taquidispneia, com história clínica, nos últimos 14 dias da admissão, de edema progressivo em região submandibular, odinofagia, disfagia alta e febre não-mensurada. A paciente evoluiu rapidamente com piora do nível de consciência (Glasgow 8) e maior necessidade de suporte de O₂, sendo optado pela intubação orotraqueal para proteção de vias aéreas e devido à insuficiência respiratória aguda hipoxêmica. Gasometria arterial de admissão mostrou acidose metabólica grave (pH: 6,8, HCO₃: 4). Teste rápido para COVID-19 foi negativo. TC de tórax evidenciou pneumomediastino, extensas consolidações alveolares em ambos os pulmões, maior no lobo inferior direito. TC cervical com contraste mostrou coleção liquefeita, com captação periférica do meio de contraste, em espaço submandibular direito, ocupando o músculo pterigoide medial direito, com extensão e ocupando os espaços submentonianos bilaterais, circundando as glândulas submandibulares, com trajeto descendente na face anterolateral direita do pescoço, anteriormente ao osso hioide e à cartilagem tireoide, terminando em um plano do istmo da tireoide. Foi iniciada antibioticoterapia com ceftriaxona e clindamicina. Cirurgia torácica indicou tratamento conservador quanto à pneumomediastino. A paciente foi abordada de emergência pela cirurgia de cabeça e pescoço, para a drenagem do abscesso cervical, com saída de grande quantidade de secreção purulenta esverdeada e fétida, concluindo-se com a colocação de drenos. Além disso, a equipe da bucomaxilofacial realizou a exodontia de 5 elementos dentários marcadamente comprometidos. Cultura de aspirado traqueal evidenciou *Klebsiella pneumoniae* sensível à tazocin e cultura de secreção proveniente da drenagem mostrou *Streptococcus multissensível*, sendo feito ajuste de antibioticoterapia. Paciente evoluiu com melhora clínica progressiva, com possibilidade de desmame de ventilação mecânica, porém sem sucesso em extubação, tendo progredido para traqueostomia.

Discussão: Angina de Ludwig é uma patologia de evolução rápida, grave e de natureza polimicrobiana (microrganismos residentes da flora bucal, tanto aeróbios quanto anaeróbios), que acomete os espaços submandibulares, sublinguais e submentoniano, secundária a etiologias odontogênicas (90% dos casos) ou multifatoriais, podendo ter diversos fatores predisponentes: síndrome da imunodeficiência adquirida, etilismo crônico, diabetes mellitus, glomerulonefrites, desnutrição, AINES, imunossupressores, anemia aplástica, osteomielite de mandíbula, infecção de glândulas salivares, neoplasias orais infectadas, abscessos periamigdalíneos, otite média, piercings na língua e o uso de drogas IV nos vasos cervicais. O processo infeccioso pode alcançar o espaço retrofaríngeo até o mediastino, levando à mediastinite aguda, condição que apresenta elevada mortalidade (40-60%), além da possibilidade de outras complicações, tais como obstrução das vias aéreas, sepse, choque séptico, tromboflebite da veia jugular interna, empiema, fascíte necrosante, derrame pericárdico, osteomielite, abscesso subfrenico, pneumonia por aspiração e derrame pleural, sendo imprescindível, portanto, um diagnóstico e tratamento rápidos.

Considerações Finais: A paciente retratada neste caso já foi admitida grave, com exames iniciais mostrando coleção compatível com diagnóstico de Angina de Ludwig, complicada com cetoacidose diabética grave, pneumonia e pneumomediastino, sendo necessário acoplá-la à ventilação mecânica de imediato, assim como antibioticoterapia de amplo espectro, com indicação de cervicotomia de emergência para realização de drenagem de abscesso, permitindo uma melhora clínica considerável e desmame ventilatório.

Palavras-chave: angina de Ludwig; complicações; prognóstico.

TCP325

ABCESSO RETROFARÍNGEO DEVIDO A ARTRODESE DE COLUNA CERVICAL - RELATO DE CASO**Autor principal:** VICTOR HUGO TETILLA MOREIRA**Coautores:** FLAVIO CABRAL DE FREITAS AMARAL, TARCÍSIO REDES XAVIER, RAYNA FERRER DE SOUZA GONÇALVES, RAUL IVO AURELIANO NETO, MARIA LUIZA VERONESE BAZZO, LEIDIANY ALVES DE AMORIM, MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO**Instituição:** Hospital Otorrino

Apresentação do caso: Paciente homem, 31 anos, com antecedente de artrodese de coluna cervical ha 12 anos, sem demais comorbidades, procurou atendimento médico no Hospital Otorrino em Cuiabá, em junho de 2022, devido a odinofagia intensa, disfonia e febre, sintomas iniciados ha 4 dias. Ao exame físico, detectou-se dor a palpação cervical bilateralmente, orofaringe com hiperemia intensa em parede posterior e trismo. Foram solicitados exames complementares, videolaringoscopia, tomografia computadorizada de pescoço, hemograma e proteína C reativa. A videolaringoscopia demonstrou leve abaulamento em parede posterior a direita, bem como paralisia de corda vocal direita. Na tomografia de pescoço notou-se pequena coleção em espaço retrofaríngeo a direita em contiguidade com prótese em coluna cervical, assimetria de cordas vocais com retificação a direita e artrodese anterior de C1/C2. O hemograma apresentou leucocitose de padrão neutrofílico com desvio à esquerda, além de proteína C reativa elevada. Frente aos achados clínicos, laboratoriais e imagiológicos, o diagnóstico de abscesso retrofaríngeo foi realizado, sendo instituído o tratamento cirúrgico com drenagem de abscesso, mantendo incisão cirúrgica em cicatrização por segunda intenção e sendo solicitado cultura e antibiograma de material drenado. Após ao procedimento cirúrgico, manteve-se internação hospitalar por mais três dias, sendo medicado com Ceftriaxona 1 grama, duas vezes ao dia e Clindamicina 600 miligramas, três vezes ao dia, ambos por via endovenosa, associado a medicações para analgesia, sendo mantidas as mesmas drogas após a alta medica, mudando apenas a via de administração. A antibioticoterapia foi ajustada após o resultado da cultura do material obtido na drenagem do abscesso, devido ao crescimento de colônia de *Staphylococcus aureus* sensível a Trimetoprima/Sulfametoxazol. No retorno medico após 15 dias, paciente retorna com exames de controle e aparente melhora dos sintomas, com apenas disfonia leve. À tomografia computadorizada, ausência de coleções e manutenção de assimetria de cordas vocais com retificação a direita. Hemograma e PCR dentro da normalidade. Paciente encaminhado ao Ortopedista. Segue aos cuidados da equipe de Otorrinolaringologia devido a manutenção da disfonia.

Discussão: Abscessos retrofaríngeos são infecções do espaço cervical profundo que podem representar uma emergência imediata com risco de vida, devido ao potencial para comprometimento das vias aéreas e outras complicações catastróficas. Raro em adultos, ocorrem principalmente em crianças entre as idades de dois a quatro anos, mas podem ocorrer em qualquer idade, em pacientes imunocomprometidos ou como complicação de um corpo estranho.

A alta mortalidade deve-se à sua associação com obstrução das vias aéreas, mediastinite, pneumonia aspirativa, abscesso epidural, trombose venosa jugular, fasciíte necrosante, sepse e erosão para a artéria carótida.

Os aspectos da história clinica que nos levam a pensar no diagnostico de abscesso retrofaríngeo de forma precoce seriam infecção prévia do trato respiratório superior ou trauma na porção posterior da faringe, bem como sua sintomatologia, que se apresenta de forma variada, porem com grande destaque para cervicalgia, odinofagia, febre e trismo. Associado a anamnese e ao exame físico, a tomografia computadorizada de pescoço com contraste, se torna peça fundamental para o diagnóstico, demonstrando a topografia exata e se ha correlação anatômica com demais estruturas.

No abscesso retrofaríngeo inespecífico, a antibioticoterapia isoladamente pode ser insuficiente, e a maioria dos autores recomenda combiná-la com drenagem cirúrgica da coleção.

Conclusão: Abscessos retrofaríngeos são raros em adultos e constituem uma emergência grave. O diagnóstico é baseado no quadro clínico e radiológico, devendo-se avaliar as comorbidades. O manejo dessas situações é baseado em antibióticos e drenagem cirúrgica.

Palavras-chave: abscesso; retrofaríngeo.

TCP326

RELATO DE CASO: RECIDIVA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DIFUSO EM NASOFARINGE

Autor principal: KARINA DOS SANTOS ALENCASTRO

Coautores: MARIA FERNANDA ESPOSITO SANTIN LUCAS, IZABELA BEZERRA PINHEIRO ESPÓSITO, GUILHERME SORIANO PINHEIRO ESPOSITO, MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO

Instituição: *Hospital Otorrino*

Linfomas ou doença de Hodgkin são neoplasias que se originam do sistema linfático, mais precisamente de células linfóides normais. Trata-se de uma afecção que tem por característica peculiar se espalhar de forma ordenada valendo-se dos vasos linfáticos e linfonodos. A origem da doença acontece quando um linfócito, na grande maioria das vezes do tipo B, sofre uma transformação se tornando uma célula maligna, e então passa a se multiplicar e disseminar. Morfologicamente os linfomas se dividem em Linfoma Hodgkin (LH) e Linfoma Não Hodgkin (LNH). Os Linfomas Não Hodgkin são considerados como linfomas de alto grau, o que significa que apresentam alto índice de proliferação celular, células grandes, linfonodomegalias localizadas, porém com alta agressividade, cursando com sobrevida de semanas a meses se não tratados. Neste relato de caso clínico foi exposta uma paciente atendida que apresentava histórico de ressecção de Linfoma Não Hodgkin em parede posterior do *cavum* com suspeita de recidiva da lesão em rinofaringe.

Palavras-chave: linfoma Não Hodgkin; nasofaringe; recidiva.

TCP327

**AURICULECTOMIA TOTAL EM PACIENTE COM CARCINOMA EPIDERMÓIDE EM ORELHA-
RELATO DE CASO**

Autor principal: MURIEL FERREIRA DA SILVA

Coautores: CRISLLI PREUSSLER CHIARADIA, BRUNA MIRAPALHETE BELLINASSO, CAROLINA SANDI KUNZ, NATÁLIA REBELATTO VANZ, JADE GUIMARÃES FULBER, MARCOS ANDRÉ DOS SANTOS, MARCELO EMIR REQUIA ABREU

Instituição: ULBRA

Apresentação do caso: N.S.C, feminina, 69 anos, tabagista, encaminhada ao ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço do Hospital Universitário-ULBRA em 30/08/2017 devido lesão em pavilhão de orelha direita com surgimento há 1 ano, sem sintomas associados. Ao exame: hiperemia em pavilhão auricular com leve edema e lesão ulcerada em anti-hélice de aproximadamente 1cm, sem linfonodomegalias cervical. Iniciado Ciprofloxacina via oral por 10 dias e indicado biópsia incisional da lesão com anestesia local. Realizado procedimento dia 3/8/2018 com anatomopatológico (AP): carcinoma epidermoide (CEC) invasivo ulcerado com limites comprometidos- CEC de pele (cT3cN0M0- EC III). Indicado ressecção de lesão, porém paciente não deseja realizar e opta por avaliação oncológica com vistas a tratamento clínico. Retorna em 25/11/21 devido aumento de lesão e desejo de operar, não sendo realizado nenhum tratamento desde então. Ao exame: lesão ulcerada acometendo quase que a totalidade da região externa de orelha direita, poupando parcialmente região de lóbulo e região superior de concha, conduto auditivo externo sem infiltração de lesão, sem linfonodomegalias palpáveis. Tomografia computadorizada (TC) de ouvidos e mastóides e TC de pescoço (25/11/21): espessamento e irregularidade do tecido subcutâneo da região posteroinferior da orelha direita com realce pelo contraste, provavelmente relacionado à doença de base, sem outras alterações. Realizado auriculectomia total direita com enxerto de região supraclavicular dia 30/04/22- AP: CEC invasivo residual com invasão de cartilagem, limites livres e pele ulcerada com inflamação aguda supurada- pT2cN0M0 (EC II/R0). Paciente evoluiu com lesão de aspecto necrótico em alguns pontos do enxerto, porém íntegro. Realizou curativos diários com óleo de girassol apresentando boa evolução com boa cicatrização, mantendo acompanhamento ambulatorial de 2/2 meses.

Discussão: A região mais afetada por neoplasia de pele é a cabeça e pescoço por ser mais exposta pela radiação ultravioleta. O CEC de orelha é considerado de alto risco, devido o sítio anatômico, crescimento rápido, alto potencial de invasão para tecidos vizinhos e taxas elevadas de metástases linfonodais se comparado com outras localizações da cabeça e pescoço. O tratamento primário baseia-se na ressecção da lesão com margens livres associado ou não a linfadenectomia e parotidectomia, dependendo se houver invasão dessas estruturas, além de reconstrução com enxerto se necessário. Devido à anatomia da orelha, frequentemente torna-se necessário a realização de auriculectomia para total ressecção da lesão e diminuição de chance de lesão residual, o que interfere na estética facial.

Comentários finais: O tamanho do tumor e invasão linfonodal tem relação direta com a recorrência local e com a sobrevida. Logo, o diagnóstico precoce do CEC, o rastreamento de invasão da lesão ou de metástases com exames tomográficos, seguido do tratamento cirúrgico é essencial para o prognóstico da doença.

Palavras-chave: auriculectomy; squamous cell carcinoma.

Autor principal: MILENA GAVA FIM

Coautores: CLARICE REIS DE OLIVEIRA, GUSTAVO DUARTE NASCIMENTO, MARIA PAULA ANDRADE RODRIGUES MACHADO, MATHEUS VICTOR RANGEL BARBOSA, RODRIGO PÊGO FRANCO, MARCIO FERNANDO CARDOSO, BRUNO PESTANA GOMES

Instituição: Instituto de Otorrinolaringologia de Minas Gerais

Apresentação do caso: A.C.F, masculino, 47 anos, compareceu ao ambulatório de otorrinolaringologia relatando disfonia e otorreia há 4 meses. Negava tabagismo. Ao exame otorrinolaringológico, o paciente apresentava oroscopia, rinoscopia e palpação cervical sem alterações, e otoscopia com secreção purulenta em conduto auditivo externo. A videolaringostroboscopia com endoscópio rígido visualizou uma lesão esbranquiçada em terço anterior de prega vocal esquerda, com fixação de prega vocal. Com base nesse achado, foi programada biópsia da lesão, sob anestesia geral e intubação orotraqueal. A laringoscopia direta mostrou irregularidade em toda superfície da prega vocal esquerda, com lesão estendendo-se até a comissura anterior. Realizada exérese da lesão, que foi enviada para análise anatomopatológica, com posterior laudo histopatológico compatível com Carcinoma Sarcomatoide de prega vocal, devido proliferação de células fusiformes com núcleos atípicos em meio a estroma fibromixoide ricamente vascularizado. O estudo imunohistoquímico revelou expressão para marcadores epiteliais e vimentina, confirmando o diagnóstico. Solicitada tomografia computadorizada do pescoço e tórax, que evidenciou volumoso nódulo no lobo esquerdo da glândula tireoide e ausência de linfonodos cervicais. Com a avaliação da extensão da lesão somado à tomografia computadorizada de pescoço, o paciente em questão foi estadiado como T3N0M0. Foi submetido à traqueostomia e laringectomia total, sob anestesia geral. No momento, encontra-se em domicílio, com dieta líquida/pastosa, via oral. No aguardo do diagnóstico anatomopatológico da peça.

Discussão: O carcinoma sarcomatoide é uma neoplasia maligna rara de cabeça e pescoço, que acomete preferencialmente a laringe e também outras partes das vias aéreas superiores. Essa variante é responsável por cerca de 1% dos tumores malignos de laringe.

A confirmação diagnóstica é feita por meio de estudo histológico, associado a um perfil imunohistoquímico específico. Trata-se de um tumor de natureza bimórfica, combinando feições de carcinoma escamoso com componente fusocelular pleomórfico sarcomatoide. Tipicamente é um tumor de Apresentação polipóide e ulcerado. À imunohistoquímica, o tumor se caracteriza por expressão de citoqueratinas e vimentina.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com fibrossarcoma, fibrohistiocitoma maligno, sarcoma sinovial, tumor maligno de células gigantes, leiomiossarcoma, rabdomiossarcoma, osteossarcoma, condrossarcoma mesenquimal, sarcoma de Kaposi e angiossarcoma. O prognóstico dessa doença depende da localização, tamanho da lesão e da presença de metástases à distância.

O tratamento é realizado por meio de cirurgia e radioterapia, dependendo do estadiamento da doença.

Comentários finais: O objetivo desse relato de caso é demonstrar a importância da realização da biópsia de lesões de laringe, mesmo quando inicialmente não apresentem características de lesões malignas. O diagnóstico do carcinoma sarcomatoide, muitas vezes, tende a ser postergado, em decorrência da confusão com seus diagnósticos diferenciais, piorando o prognóstico do paciente, que é reservado e mais favorável nos estágios iniciais da doença. O tratamento ainda se pauta da ressecção cirúrgica, seguida de radioterapia, ficando a quimioterapia reservada para casos selecionados.

Palavras-chave: disfonia; laringe; carcinoma sarcomatoide.

Autor principal: PAULA MORTOZA LACERDA BEPPU

Coautores: RUEL LUCAS MATIMOTO, BRENO OLIVEIRA BORGES BRANCO, DIEGO SANCHES GALAVOTI GUSSON, FELIPE LUCIO CORDEIRO FREITAS, GIOVANNA EMANUELLA PIFFER TANURI, LETICIA RODRIGUES MELO, VITÓRIA PERINOTTO DO NASCIMENTO

Instituição: HIORP

Apresentação do caso: G.A.P.P, 75 anos, sexo feminino, vítima de queda da própria altura ao apanhar fruta em árvore, evoluindo com perfuração por galho em região cervical a esquerda, em zona II. Recebida na emergência da cidade de São José do Rio Preto – SP, com dor cervical a esquerda e saída de líquido pelo orifício cervical, após ingestão de suco. Ao exame: estável hemodinamicamente, com perfuração cervical esquerda em zona II, escoriação em transição de palato mole e pilar amigdaliano direito, sem sangramentos ativos. Tomografia cervical com densificação da gordura subcutânea na região lateral esquerda do pescoço; obliteração dos planos músculos adiposos na região submandibular deste lado, com aumento da glândula submandibular; focos de enfisema, em região supra-glótica esquerda, na altura do osso hioide e abaixo da valécula esquerda. Coleção gasosa submandibular, positiva para trajeto fistuloso. A paciente foi internada, com passagem de sonda nasoentérica e dieta via oral zero, iniciada antibioticoterapia (Clindamicina), enxágue bucal com Gluconato de clorexidina, corticoterapia endovenosa e optado pela não abordagem cirúrgica. Recebeu alta no 5º dia de internação hospitalar com boa aceitação dietética por via oral e sem queixas referentes ao trauma cervical.

Discussão: O trauma cervical penetrante e sua conduta nos atendimentos de emergência, são de relevante importância. O risco de lesões em estruturas vasculares e nervosas vitais da região, elevam sua complexidade e mortalidade. Os ferimentos devem ser classificados por zonas, sendo a zona I a área que estende-se das clavículas até a borda inferior da cartilagem cricóide; zona II, da borda inferior da cartilagem cricóide até o ângulo da mandíbula; e a zona III, do ângulo da mandíbula até a base do crânio. A zona II é a área mais acometida, sendo seguida da zona I e por último a zona III. A principal causa do trauma cervical penetrante são acidentes por arma de fogo e arma branca, atingindo principalmente homens, com média de 28 anos de idade. O tempo médio de internação foi de 14 dias, sendo as veias cervicais, as principais estruturas acometidas. A escolha do tratamento, deve ser pautada no exame físico detalhado em busca de lesões ameaçadoras a vida como hematoma em expansão, hemorragia profusa e outros achados como disfonia, rouquidão e escape de ar; e nos exames de imagens disponíveis. O atendimento inicial deve estar voltado para via aérea segura. A estabilidade hemodinâmica possibilita tratamento conservador, enquanto a instabilidade tem a exploração cirúrgica, como conduta mandatória.

Comentários finais: A conduta conservadora ganhou espaço frente a abordagem cirúrgica naqueles pacientes estáveis. Isto se deve a alta incidência de cervicotomias brancas (não identificadas lesões de vasos, trato aerodigestivo, neurológica, músculos ou glândulas importantes), risco de lesões na exploração rotineira, menor custo da exploração seletiva e emprego dos exames de imagens como ultrassonografia com Doppler, tomografia computadorizada, arteriografia, entre outros, cada vez mais acessíveis no nosso meio. Cada caso deve ser individualizado e a conduta deve ser realizada de acordo com as fontes de recursos disponíveis em cada instituição.

Palavras-chave: trauma cervical penetrante; zona II; cervicotomia.

Autor principal: MOISÉS DE OLIVEIRA MEDEIROS

Coautores: LUAN FELIPE DE SOUZA CARDOSO, ALEXANDRE LIM TJIN SENG, MATHEUS VINÍCIUS DE SOUZA CARNEIRO, EMILY BARBOSA DO NASCIMENTO, DIEGO MONTEIRO DE CARVALHO

Instituição: *Universidade do Estado do Amazonas*

Objetivo: Definir o perfil epidemiológico dos pacientes internados pelos transtornos tireoidianos relacionados a deficiência de iodo no estado do Amazonas e comparar tais dados com os dados do Brasil nos últimos 11 anos.

Métodos: Estudo descritivo com objetivo de traçar o perfil epidemiológico dos pacientes internados pelos transtornos tireoidianos relacionados a deficiência de iodo no período de dezembro de 2009 a dezembro de 2021 no Amazonas e comparar com o panorama nacional. As informações foram obtidas do Sistema de Informações Hospitalares, na aba Internação, do site do DataSUS no qual o Ministério da Saúde divulga os dados de indicadores da saúde do país. As variáveis internações, faixa etária, raça/etnia e sexo foram analisadas.

Resultados: Na região norte houve um total de 460 internações por transtornos tireoidianos relacionados a deficiência de iodo entre dezembro de 2009 e dezembro de 2021, enquanto no restante do país houve um total de 3.356 caso, sendo então o estado responsável por 14% das internações por este agravo. A faixa etária mais acometida foi a de 40-49 anos, sendo responsável por 26,3% das internações, tal como no contexto nacional onde a frequência nesta faixa etária foi de 22,2%. Quanto a raça/etnia a população parda (54,8%) foi a mais atingida seguida pela raça/etnia branca (6,3%) no Amazonas, já no contexto nacional a raça/etnia mais atingida foi a população parda (38,4%), seguida da população branca (29,5%). O sexo mais afetado no Amazonas foi o feminino, com uma frequência de internações de 86,7%, consonante com os dados nacionais que indicam uma frequência no sexo feminino de 83,7%.

Discussão: A deficiência de iodo é rara nas áreas onde o iodo é adicionado ao sal de mesa. No entanto, a deficiência é comum em todo o mundo. A deficiência de iodo pode causar cretinismo em crianças (retardo mental grave e irreversível), surdo-mudez, anomalias congênitas, bem como a manifestação clínica mais visível – bócio (crescimento da glândula tireoide). O Amazonas é uma área conhecidamente bociogênica, com deficiência crônica de iodo. Mesmo sendo um estado que corresponde a cerca de 1% da população nacional, responde por mais de 10% dos casos desta morbidade em regime de internação.

Conclusão: Os dados apontam que o perfil dos pacientes internados na região norte é predominantemente feminino, na faixa etária de 40-49 anos, a raça/etnia mais acometida sendo a parda seguida pela branca, o que está de acordo com os dados nacionais.

Palavras-chave: internação; tireoidites; bócio.

TCP331

TRATAMENTO MINIMAMENTE-INVASIVO UTILIZANDO ALCOOLIZAÇÃO EM CISTO BENIGNO DE PARÓTIDA: RELATO DE CASO

Autor principal: MATHEUS LISATCHOK

Coautores: ARTHUR JOSE ROQUE CRUZ, AMANDA JAYNE GUEDES RISUENHO, ADEMAR YAMANAKA, CARLOS TAKAHIRO CHONE

Instituição: Universidade Estadual de Campinas

Apresentação do caso: Paciente de 38 anos, masculino, apresenta nódulo em região parotídea direita, com crescimento lento e progressivo há 1 ano, de forma indolor. Ao exame físico, nódulo de região parotídea direita único, dimensão de 4x4 centímetros, ovalado, móvel, indolor e fibroelástico, sem apresentar nenhuma característica de malignidade e sem outros abaulamentos cervicais identificados.

Realizada pesquisa ultrassonográfica da lesão parotídea, sendo descrita como imagem cística ovalada em parótida direita, bem delimitada, 3,7x2,1x2,9 cm (volume estimado 11,8mL), de conteúdo líquido anecoico, com finos debris e septações, tendo como hipótese diagnóstica cisto parotídeo benigno. Em conjunto à ultrassonografia, realizada punção aspirativa por agulha fina (PAAF) de conteúdo cristalino, que posteriormente confirmou a hipótese diagnóstica de cisto parotídeo benigno, e injeção intra-cística de 10ml de etanol logo após a punção.

Um mês transcorrido do procedimento, em nova avaliação ultrassonográfica, redução de volume cístico para 11x6mm, além de ausência de queixas clínicas pelo paciente, sendo realizada nova alcoolização de cisto com etanol (10ml) e reavaliação posterior.

Ao segundo mês da primeira alcoolização e um mês da segunda, em nova avaliação via ultrassom, dimensões de lesão cística mantiveram-se estáveis ao pós-alcoolização, com 12x8mm, sem novas queixas pelo paciente.

Discussão: Os tumores de parótida têm incidência aproximada de 1: 100.000 habitantes, e representam 2-3% de todos os casos de tumores de cabeça e pescoço. Entre os tumores de glândulas salivares, são os predominantes, representando cerca de 80% dos casos. De acordo com a faixa etária, os tumores parotídeos elevam sua incidência a partir dos 15 aos 25 anos, atingindo o pico entre os 65 e 74 anos de idade.

Dentre todos os tumores parotídeos, estima-se que 80% destes sejam benignos, sendo adenoma pleomórfico e tumor de Warthim os principais representantes deste subgrupo. O primeiro exame a ser realizado nestes casos é a ultrassonografia, que é uma ferramenta de baixo custo e eficaz, sendo útil para definir entre massas císticas versus sólidas, além de delimitar a anatomia e características da tumoração. A punção aspirativa por agulha fina (PAAF), guiada ou não por ecografia, pode e geralmente é utilizada como ferramenta diagnóstica complementar, visando a diferenciação entre lesões benignas e malignas.

Como alternativa à proposta cirúrgica em lesões benignas, e visando a redução de recidivas de lesões císticas de cabeça e pescoço, a escleroterapia guiada por ecografia passou a ser utilizada principalmente para pacientes que não podem ser operados ou que temam os riscos cirúrgicos, como proposta terapêutica minimamente-invasiva, apresentando boa custo-efetividade, segurança clínica, além de realização ambulatorial e redução de tempo expedido em tratamento. Entre os agentes mais utilizados para a escleroterapia estão o OK-432 e o etanol, que têm como ação a necrose do tecido cístico através de desidratação e desnaturação de proteínas essenciais da lesão, levando à isquemia desta por formação de trombos em pequenos vasos que a irrigam.

Em revisão sistemática, proveniente da Academia Americana de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, obteve-se o resultado de 469 pacientes com 474 lesões císticas benignas de cabeça e pescoço após realização de escleroterapia, demonstrando resposta total em 60,5% e parcial em 27,9% dos casos, tendo 11,6% sem nenhuma resposta ao tratamento, gerando um valor final de 88,4% de respostas totais ou parciais ao tratamento.

Comentários finais: A escleroterapia apresenta-se como uma técnica de baixo custo e de realização ambulatorial, que é uma opção viável não-cirúrgica e minimamente invasiva para o tratamento de lesões císticas de cabeça e pescoço, entre as quais estão os cistos parotídeos benignos. Demonstrando eficácia, segurança e reduzida frequência de eventos adversos menores, deve ser considerada na condução de lesões benignas, evitando maior morbidade apresentada por procedimentos cirúrgicos

Palavras-chave: alcoolização; tumores benignos de parótida; tratamento minimamente-invasivo.

Autor principal: LUAN FELIPE DE SOUZA CARDOSO

Coautores: MOISÉS DE OLIVEIRA MEDEIROS, ALEXANDRE LIM TJIN SENG, EMILY BARBOSA DO NASCIMENTO, DIEGO MONTEIRO DE CARVALHO

Instituição: Universidade do Estado do Amazonas

Objetivo: Definir o perfil epidemiológico dos pacientes internados por neoplasias malignas de laringe no estado do Amazonas e comparar tais dados com os números brasileiros na última década.

Métodos: Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo que teve como fonte de dados informações obtidas do Sistema de Informações Hospitalares hospedado do site do DataSUS no qual o Ministério da Saúde divulga os dados de indicadores da saúde do país. Analisou-se o período de dezembro de 2009 a dezembro de 2020 onde foram analisadas as variáveis internações, faixa etária, raça/etnia e sexo.

Resultados: No estado do Amazonas houve um total de 841 internações por neoplasias malignas de laringe entre dezembro de 2009 e dezembro de 2020 qualificando-se como o segundo estado da região norte com maior número de internações por este agravo, enquanto no Brasil neste mesmo período foram registradas 125.484 internações. A faixa etária mais acometida foi a de 60-69 anos, sendo responsável por 30,43% das internações, tal como no contexto nacional onde a frequência nesta faixa etária foi de 33,5%. Quanto a raça/etnia a população parda (48,27%) foi a mais atingida no Amazonas, seguida pela amarela (11%). Vale ressaltar que a população indígena é responsável por menos de 1% das internações. Por outro lado, no contexto nacional, a raça/etnia mais atingida foi a população branca (42,6%), seguida da população parda (35,6%). O sexo mais afetado no Amazonas foi o masculino, com uma frequência de internações de 82%, consonante com os dados nacionais que indicam uma frequência no sexo masculino de 85,2%.

Discussão: As neoplasias malignas da laringe são as neoplasias malignas mais comuns de cabeça e pescoço tendo como principais fatores de risco o tabagismo, o etilismo e a infecção pelo HPV. O paciente na grande maioria das vezes apresenta-se assintomático, porém quando os sintomas estão presentes as queixas mais frequentes de pacientes com esta patologia são disfonia, disfagia, odinofagia e *globus* faríngeo.

Conclusão: Os dados apontam que o perfil dos pacientes internados por neoplasia maligna de laringe no Estado do Amazonas é predominantemente masculino na faixa etária de 60-69 anos, o que está de acordo com os dados nacionais. Todavia a raça/etnia mais acometida no Amazonas é a parda seguida pela amarela, enquanto no contexto nacional a frequência é maior entre brancos seguido por pardos.

Palavras-chave: neoplasia de laringe; internação; laringectomia.

TCP333 SÍNDROME DE WARTHIN - RELATO DE CASO

Autor principal: GUILHERME HENRIQUE FERREIRA DAMASCENO

Coautores: PAULA BELONE GARCIA, MARIANA NEVES CERATTI, JACQUELINE KUWAHARA ZOCANTE, GIOVANNA EMANUELLA PIFFER TANURI, JULIA COELHO CYRIACO, JOSE VICTOR MANIGLIA, DIEGO SANCHES GALAVOTI GUSSON

Instituição: HIORP- Instituto Maniglia

Relato: Paciente ACS, feminina, 47 anos portadora de HAS e histórico de tabagismo ativo a 14 anos, Compareceu em consulta com queixa de: Edema submandibular a direita de início a 7 meses resultando em crises álgicas e inflamatórias locais além de plenitude aural relatada com pressão ipsilateral, referindo diversos ciclos de tratamento clínico de anti-inflamatórios e antibioticoterapia, sem melhora. Ao exame físico apresentou apenas abaulamento de cerca de 3 cm em região submandibular direita e sinais de flogose, doloroso a palpação, sem adenopatia de cadeia cervical anterior. Na oroscopia foi observado ausência de drenagem de saliva pelo ducto de Wharton quando ordenada. Hipótese diagnóstica sialolitíase. Procedido a PAAF, demonstrou neoplasia primária de glândula salivar. Diagnóstico definitivo Tumor de Warthin, ao usg cervicais dimensões de 3,2x2,6x1,8cm. Conduta: Ressecção cirúrgica através de submandibulectomia.

Discussão: As neoplasias de glândulas salivares são de característica benigna em 85% dos casos sendo o mais prevalente o adenoma pleomórfico e em segundo lugar o tumor de Warthin também chamado cistoadenoma papilífero linfomatoso, tendo esse nome em virtude de sua fisiopatologia, na qual a hipótese mais aceita entre os autores é o desenvolvimento do tumor a partir de ductos salivares aprisionados nos linfonodos intraparotídeos durante a embriogênese. É portanto, mais comum se dá glândula parótida, em sua porção superficial, com incidência de 2 a 6% e sendo raro nas demais glândulas. De maneira unilateral, ocorre entre 6ª e 7ª décadas de vida, com predomínio no sexo masculino e associada ao tabagismo. Usualmente é uma lesão nodular, pouco dolorosa de poucos milímetros a centímetros com média de 2 a 4 cm de diâmetro com localização preferencial no polo inferior da glândula, usualmente relatado com associação de zumbido e até surdez. O tratamento ideal se dá pela ressecção da glândula com margem de segurança, devido ao seu potencial de recidiva em decorrência da alta incidência de multicentricidade. Perante a ressecção cirúrgica desse tipo de tumor as complicações são incomuns, mas cabe citar, hematomas, seromas, e infecções secundárias, algumas outras de menos importância como, paresia do lóbulo da orelha decorrente da secção ou manipulação do ramo auricular magno do plexo cervical superficial. Dentre as mais severas, a paralisia facial, decorrente da lesão do 7º par craniano que guarda íntima relação com a parótida, tem impacto funcional e emocional significativo e da síndrome de Frey conhecida como sudorese gustatória, causada pela secção do nervo auriculotemporal.

Conclusão: Portanto o tumor de Warthin tem considerável incidência no que diz respeito ao acometimento neoplásico das glândulas salivares devendo sempre ser lembrado, principalmente em sua predominância na parótida. A parotidectomia superficial com preservação do nervo facial mostra-se eficaz em 100 % dos casos e as complicações em quase sua totalidade evitadas graças ao conhecimento anatômica e técnica operatória além da monitorização eletrofisiológica do nervo.

Palavras-chave: glândula salivar; parotidectomia; tumores benignos.

TCP334

SUSPEITA DE LINFOMA NÃO-HODGKIN EM SITIO EXTRANODAL ACOMETENDO ANEL DE WALDEYER**Autor principal:** NATÁLIA REBELATTO VANZ**Coautores:** MARCELLO EMIR REQUIA ABREU, MARCOS ANDRÉ DOS SANTOS, BRUNA MIRAPALHETE BELLINASSO, CAROLINA SANDI KUNZ, CRISLLI PREUSSLER CHIARADIA, MURIEL FERREIRA DA SILVA, EDUARDA JOVIGELEVICIUS**Instituição:** Universidade Luterana do Brasil

Apresentação do caso: M.O.G, 71 anos, chega ao ambulatório de cirurgia de cabeça e Pescoço, de um hospital na região metropolitana de Porto Alegre, encaminhada de UBS por disfagia para sólidos há 3 anos e disfonia há 1 ano, além de alteração em exame de imagem solicitado na atenção básica. Realizada videolaringoscopia indireta, evidenciando abaulamento fibroelástico de base de língua a direita, além de assimetria das tonsilas palatinas. Restante do exame físico sem alterações, não sendo palpadas linfonodomegalias em região cervical. Traz, em primeira consulta, tomografia de pescoço com contraste evidenciando lesão expansiva, de cerca de 47 x 29 x 40 mm (craniocaudal x anteroposterior x transversal), localizada em orofaringe e faringe, sem planos de clivagens com a região posterior e inferior da base da língua, osso hióide, epiglote e a margem inferior. Além disso, paciente apresentou, em tomografia de tórax, lesão em base pleural de cerca de 31 x 26 mm, localizada no segmento anterior do lobo superior esquerdo, sugestiva de neoplasia pulmonar, sendo acompanhada pela equipe da cirurgia torácica que deu seguimento a essa parte do caso.

Durante acompanhamento ambulatorial, realizou-se biópsia incisional de lesão em base de língua sendo enviada a anatomopatológico com o seguinte resultado: mucosa escamosa ulcerada com inflamação aguda e acentuada hiperplasia linfóide folicular, ausência de neoplasia. Enviado também para análise imuno-histoquímica: hiperplasia linfóide folicular reativa, folículos linfóides com centros germinativos BCL2 negativos proeminentes em localização subepitelial, sem sinais de neoplasia. Paciente retorna ao ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço 1 ano após, com permanência dos sintomas, além de surgimento de linfonodomegalia indolor do lado esquerdo. Realizada nova TC de pescoço 5 meses após, com pouca alteração comparativamente ao primeiro exame, excetuando-se pela presença de linfonodomegalias cervicais, sendo em nível II a direita (16 x 11 mm) e nível IIA a esquerda (17 x 11 mm). Foi indicada realização de nova biópsia de tonsila faringe a, sendo o seguinte anatomopatológico: amígdala palatina com proliferação linfóide atípica, mucosa escamosa com proliferação linfóide atípica POSSÍVEL LINFOMA. Aguarda análise imuno-histoquímica. Paciente mantém acompanhamento no ambulatório da especialidade, a fim de complementação diagnóstica e definição de melhor tratamento.

Discussão: Linfomas são um conjunto de doenças linfoproliferativas, classificadas em Linfoma de Hodgkin e Linfomas não-Hodgkin (LNH). O primeiro, em 1% dos casos, se apresenta como doença extranodal. Porém, o LNH acomete sítios extranodais em 25-30% dos casos, sendo o local mais frequente o trato gastrointestinal. Alguns autores descreveram os linfomas de tonsila com apresentações de aumento tonsilar unilateral, ulceração, disfagia ou odinofagia, como alguns sinais e sintomas presentes em nosso caso. Descreveu-se também acometimento de linfonodos associados em 20% dos casos de LNH, sendo a adenopatia cervical um dos sinais iniciais mais comuns nesses pacientes. Apenas 10-30% desses casos, a região da cabeça e pescoço está envolvida, sendo 60- 70% dos casos presentes no anel de Waldeyer e, desses, 80% se encontram na tonsila palatina.

Comentários finais: Os linfomas do anel de Waldeyer constituem 60-70% de todos os linfomas extra-nodais de cabeça e pescoço. Apesar disso, o LNH de tonsila palatina continua sendo incomum e tem-se poucos relatos na literatura; entretanto, considerando que as taxas de sobrevida global e livre de doença para todos os pacientes foram de 60% e 50%, respectivamente, devemos estar alertas para seu diagnóstico correto e para tratamento adequado.

Palavras-chave: linfoma não-Hodgkin; Linfoma de sítio extranodal; anel de Waldeyer.

TCP335 RELATO DE CASO: OSTEOMIELEITE CRÔNICA MANDIBULAR EM PACIENTE PEDIÁTRICO

Autor principal: CAROLINA SARCINELLI SPINELLI

Coautores: MARCELO EMIR REQUIA ABREU, FERNANDO BARCELLOS DO AMARAL, LUCIANA PIMENTEL OPPERMANN, RODRIGO DE CASTRO MENEZES, LAURA REGYNA TOFFOLI ROSO, VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ

Instituição: Grupo Hospitalar Conceição

Apresentação do caso: C.R.S, 14 anos, feminina, proveniente de Osório. Paciente transferida para o Hospital Criança Conceição em Agosto/2021 devido a hemorragia maciça com choque hipovolêmico após extração dentária de primeiro molar inferior à esquerda. Na chegada, paciente com intubação orotraqueal e estável. Submetida a avaliação no setor da hemodinâmica com evidência de malformação arteriovenosa de artéria carótida externa bilateral. Realizado, primariamente, embolização seletiva de ramos da artéria carótida externa esquerda, como artéria lingual e facial, para controle hemorrágico agudo. Evoluiu com abscesso em hemiface à esquerda em Setembro/2021 sendo tratado com antibioticoterapia e foi realizado embolização seletiva de ramos nutridores da malformação arteriovenosa à direita profilático.. Em Outubro/2021, iniciou com drenagem espontânea de secreção mucopurulenta por mento e mucosa alveolar inferior esquerda. Realizado biópsia mandibular em Outubro/2021 e encaminhado material para anatomopatológico com resultado de Osteomielite crônica por *Enterococcus faecium* resistente à vancomicina e *Acinetobacter baumannii* complex multirresistente. Paciente recebeu antibioticoterapia endovenosa prolongada com Polimixicina B + Linezolida de 28/10/2021 a 30/12/2021. Foi submetida a três desbridamentos mandibulares em bloco cirúrgico, sendo o último com evidência de *Serratia marcescens* multissensível e possibilidade de troca de antibioticoterapia para via oral. Em Dezembro/2021, ocorreu desprendimento via oral do corpo mandibular esquerdo (área de osteomielite crônica) com melhora dos parâmetros laboratoriais inflamatórios posteriormente.. Recebeu alta com acompanhamento ambulatorial multidisciplinar, incluindo pediatria, infectologia, cirurgia de cabeça e pescoço e odontologia. Atualmente, encontra-se com doença controlada e sem infecções agudas.

Discussão: Osteomielite crônica na população pediátrica é rara e de difícil tratamento e diagnóstico. É decorrente de um processo inflamatório crônico nos espaços medulares e corticais da mandíbula. Geralmente de etiologia bacteriana com destruição lítica e expansiva do osso acometido, com supuração e formação de sequestro ósseo. Pode-se desenvolver por meio de uma infecção odontogênica crônica, trauma ou mediante procedimentos operatórios. É considerada uma complicação associada a pacientes imunodeprimidos. No exame físico, pode-se perceber assimetria de face, abaulamento unilateral mandibular e na cavidade oral pode-se apresentar como edema na região óssea, sem sinais flogísticos agudos. O tratamento consiste em antibioticoterapia, procedimentos de desbridamento e cirurgias para controle da doença.

Comentários finais: Osteomielite crônica mandibular na população pediátrica é rara, mas deve ser conduzida com equipe multidisciplinar a longo prazo para evitar ao máximo limitações e morbidades para a criança.

Palavras-chave: osteomielite crônica; pediatria; malformação arteriovenosa.

Autor principal: WENBERGER LANZA DANIEL DE FIGUEIREDO

Coautores: EMILY BARBOSA DO NASCIMENTO, CAIO EDDIE DE MELO ALVES, YANE MELO DA SILVA SANTANA, RAÍSSA COSTA SAID, ÁLEX WILKER ALVES SOARES, AUGUSTO CESAR PINTO DE ARRUDA GUIMARÃES, DIEGO MONTEIRO DE CARVALHO

Instituição: Universidade Nilton Lins

Apresentação do caso: Paciente CCP, sexo feminino, procedente de Jutai (interior do estado do Amazonas), 29 anos. Chegou ao ambulatório com queixa de assimetria em face e edema progressivo em hemiface esquerda com evolução de oito anos e dor local com lacrimejamento excessivo em olho esquerdo. Ao exame físico, apresentou edema importante na hemiface esquerda, sem outras alterações dignas de nota. Os exames complementares evidenciaram alterações em tecido subcutâneo do sulco nasogeniano esquerdo e musculatura do espaço mastigador do masseter, músculo temporal e pterigóideo da órbita em angiorressonância arterial cervical e da face com focos de flebólitos em seu interior sem presença de níveis líquidos, achados sugestivos de malformação vascular venosa (MV). Exames laboratoriais sem alterações. Retornou após 01 ano da primeira consulta com avaliação do cirurgião de cabeça e pescoço (CCP) e cirurgião vascular (CV) que indicaram ablação minimamente invasiva através de radiologia intervencionista, devido pouca resposta do tratamento clínico com betabloqueador, uma vez que a característica da lesão é venosa e não arterial. O CCP descartou indicação cirúrgica devido à morbidade, local do acometimento da MV e das possíveis complicações do tratamento cirúrgico. Paciente sem data para realização devido à falta de radiologista intervencionista na região e da burocracia que envolve o tratamento fora de domicílio. Até o momento, paciente nega qualquer melhora do quadro clínico e queixa-se da falta de auto-estima devido questão estética.

Discussão: A MV é rara na população geral, acomete homens e mulheres igualmente, geralmente congênita e inicia-se gradualmente na infância tornando-se mais pronunciada após a puberdade. Ao contrário dos hemangiomas, a MV tende a não se resolver espontaneamente e requer intervenção terapêutica para melhorar ou curar a condição. O tratamento cirúrgico das malformações arteriovenosas (MAVs) de cabeça e pescoço costuma ser altamente técnico e com alto potencial de sangramento. Podem ser utilizados tratamentos farmacológicos e cirúrgicos. O risco de ruptura da malformação arteriovenosa (MAV) é reduzido apenas pela exclusão total da MAV, não pela excisão/obliteração parcial. O tratamento é, portanto, altamente individualizado e depende da vasculatura, da localização da MAV, da idade do paciente e das comorbidades. A não resolução do caso ocasiona impasse no especialista que deve evitar fazer novas intervenções para evitar iatrogenia, dessa forma, a alternativa viável atualmente é a ablação radiológica. No entanto, com o mercado ainda em crescimento no Brasil, ainda não há capilaridade de profissionais especializados em regiões afastadas do eixo sul-sudeste para realizar o tratamento.

Comentários finais: O tratamento resolutivo da MAV proporcionará benefícios estéticos e psicossociais substanciais e pode dispensar o uso de outras terapias complementares. Porém, devido à resistência ao tratamento cirúrgico pelo risco alto de complicações e ao tratamento conservador devido ineficácia clínica, é necessário lançar mão da radiologia intervencionista escassa em regiões em desenvolvimento. Dessa forma, sugere-se a ampliação do mercado para áreas interioranas do país ou a pesquisa de novas formas de tratamento. Decisões de tratamento são tomadas relacionadas ao risco de hemorragia ao longo da vida versus o risco do tratamento.

Palavras-chave: malformação venosa; face; doença congênita.

Autor principal: PEDRO JULIANO DE MESQUITA FERREIRA

Coautores: AMANDA JAYNE GUEDES RISUENHO, GABRIEL CAETANO DE JESUS, MARCOS FELIPE MARCATTO DE ABREU, EULALIA SAKANO, CARLOS TAKAHIRO CHONE

Instituição: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Apresentação do caso: Homem, 60 anos, tabagista, há vários anos com quadro de rinorréia, obstrução nasal e hiposmia com diagnóstico durante seguimento de Papiloma Invertido. Foi submetido a 6 procedimentos cirúrgicos endonasais para ressecção do tumor. A primeira abordagem endonasal foi em 2006 e a última em 2021. Apesar das abordagens cirúrgicas com ressecção completa, paciente apresentou recidivas e progressão da doença com infiltração de todo o palato duro, pré-maxila e osso maxilares. Na tomografia computadorizada de seios da face apresentou achados de massa tumoral em cavidades nasais, com extensão para seio maxilar e etmoidal à direita, além de infiltração de septo nasal, cornetos e palato duro. Havia presença de infiltração óssea com progressão de doença. Os exames anátomo-patológicos confirmaram ser Papiloma Invertido Schneideriano com presença de atipias coilocitóticas focais sugestivas de infecção associada ao HPV, sem sinais de malignização. Por tratar-se de uma lesão benigna, porém com evolução atípica e possibilidade de malignização foi optado por abordagem cirúrgica aberta e radical, pois paciente estava sem possibilidade de alimentação via oral adequada, perda de todos os elementos dentários superiores pela infiltração da gengiva e obstrução nasal total com infiltração de pele. Realizamos maxilectomia total bilateral com preservação de assoalho da órbita à esquerda e reconstrução com retalho microcirúrgico de fíbula extenso com ilha de pele e músculo para preenchimento de cavidade e órbita. Os exames anátomo-patológicos intra-operatórios por congelação mostraram margens livres de doença. No pós-operatório o paciente evoluiu com boa estabilidade clínica e apresentou retalho com boa perfusão tecidual, manteve dieta via enteral para evitar riscos de complicações com retalho.

Discussão: Papiloma Invertido é um tumor da cavidade nasal e seios paranasais que apresenta características como agressividade local, altas taxas de recorrência e potencialidade a malignização. Corresponde a cerca de 0,4-7% dos tumores endonasais, com incidência de 0,2-1,5 casos por 100 mil ao ano, acometendo mais homens que mulheres na proporção de 3: 1, apresentando maior prevalência entre a 5ª e 6ª décadas. Sua etiologia ainda é incerta e associação com HPV é variável 17-38%. Os principais sintomas são obstrução nasal, rinorréia, anosmia ou hiposmia, epistaxe, cefaléia ou dor facial. Na endoscopia nasal vemos um tumor lobulado cinza-avermelhado, com aspecto de framboesa, friável e sangrante ao contato. O tratamento consiste na ressecção do tumor para alívio dos sintomas e exclusão de carcinoma, o tipo de abordagem cirúrgica depende da extensão do tumor, sendo mais empregado a abordagem endonasal exclusiva, porém, cirurgias abertas ou associação das técnicas podem ser realizadas. No seguimento do paciente são necessárias avaliações da cavidade nasal com nasofibrosopia ou exames de imagem para avaliação de recidiva. No caso relatado, foi realizada técnica cirúrgica aberta para ressecção de todo tecido acometido através da maxilectomia total bilateral, associado a confecção de retalho microcirúrgico por equipe da ortopedia para reconstrução das estruturas ósseas da maxila e palato. O objetivo desta abordagem foi garantir a ressecção do tumor com margens de segurança, assim como evitar novas recidivas e possibilitar a reabilitação oral do paciente com a reconstrução do arcabouço ósseo da face utilizando o retalho microcirúrgico de fíbula.

Comentários finais: Diante de casos raros ou com evolução atípica encontramos o desafio de estabelecer a melhor estratégia terapêutica, muitas vezes utilizando técnicas inovadoras ou pouco descritas. Este relato descreve uma evolução atípica de papiloma invertido com necessidade de abordagem cirúrgica extensa. A técnica cirúrgica realizada é pouco descrita na literatura como abordagem para o tratamento de papiloma invertido. Por fim, é necessário acompanhamento a longo prazo para melhor detalhamento dos Resultados finais para este caso.

Palavras-chave: papiloma invertido; maxilectomia; retalho microcirúrgico.

Autor principal: CAROLINA SARCINELLI SPINELLI

Coautores: MARCELO EMIR REQUIA ABREU, RODRIGO DE CASTRO MENEZES, LAURA REGYNA TOFFOLI ROSO, VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ

Instituição: Grupo Hospitalar Conceição

Apresentação do caso: J.N.C, masculino, 31 anos, procedente de Butiá. Paciente encaminhado via posto de saúde para o Hospital Nossa Senhora da Conceição, com o primeiro atendimento realizado no dia 01/02/2021, por queixa de nodulação na região de ângulo-mandibular esquerdo há aproximadamente 1 ano com crescimento progressivo e indolor. Negava sinais flogísticos locais e drenagem de secreção oral. No exame físico, evidenciou-se nodulação na palpação da região parotídea esquerda, de aproximadamente 3 cm, de consistência endurecida. Paciente trouxe em consulta médica ecografia cervical prévia (15/10/2019) com laudo informando nódulo sólido hipoecoico lobulado de contornos bem delimitados com pequena área anecóica e com discreta vascularização periférica ao doppler colorido, medindo 3,6x2,7x3,2 cm. Então, foram solicitados exames pré-operatórios e o paciente foi submetido a Parotidectomia Parcial à esquerda para diagnóstico anatomopatológico definitivo no dia 27/05/2021. No transoperatório, o nervo facial foi de difícil individualização, sendo assim, optado por realizar biópsia incisional aberta e aguardar avaliação patológica. O resultado foi de carcinoma de Células Acinares com estadiamento patológico de T4aN0M0 (Estágio Clínico IVA) segundo 8ª edição do TNM. Paciente foi então submetido a Parotidectomia total à esquerda em 10/06/2021. Na peça cirúrgica apresentou limites comprometidos e evidência de invasão perivascular e angiolinfática. No pós-operatório apresentou paralisia facial periférica ipsilateral (Escala de House Brackmann grau V). Encaminhado para a equipe da oncologia clínica para tratamento adjuvante. Paciente realizou diversas sessões de radioterapia com 60 Gy e 5 ciclos de quimioterapia com término de ambos no dia 30/08/2021. Atualmente, encontra-se com controle da doença e em acompanhamento multidisciplinar.

Discussão: O carcinoma de células acinares é uma neoplasia maligna rara de glândulas salivares que afeta predominantemente a glândula parótida em mulheres. Eles tendem a ter crescimento lento e ocorrem na idade adulta jovem. Apesar de menos comum, pode ocorrer na região do palato, seio maxilar, lábios e na mucosa jugal. No início do quadro clínico, o paciente pode se encontrar assintomático. Com a evolução do carcinoma, deve-se atentar para a possibilidade de sintomas locais e metástases a distância, como pulmão. O tratamento consiste em cirurgia e posteriormente, se necessário, encaminhamento para o oncologista com vistas a radioterapia e/ou quimioterapia.

Comentários finais: Apesar da grande maioria das nodulações em parótidas serem de origem benigna, o diagnóstico final somente pode ser oferecido com material anatomopatológico. O paciente jovem com crescimento progressivo da lesão deve ser orientado quanto à possibilidade de cirurgia para diagnóstico definitivo com maior brevidade.

Palavras-chave: carcinoma células acinares; parótida; carcinoma cabeça e pescoço.

TCP339

RELATO DE CASO: OSTEOSSARCOMA DE MANDÍBULA EM ADULTO JOVEM

Autor principal: WESLEY MARTINS QUESSADA ARRUDA

Coautores: PAULO RENATO BARCHI, RAFAELA DESIDERIO SAAD, AMANDA THIEMY MANO SHIMOHIRA, WENDELL ALLAN HANZAWA, LUMA DE OLIVEIRA MORAIS, THAIS AGUIAR BRITO, JOSE VICTOR MANIGLIA

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Apresentação do caso: DRG, 31 anos, paciente encaminhado do serviço de oncologia de Americana devido a tumoração em mandíbula com surgimento há seis meses, além de crescimento rápido, trismo, dor local e perda ponderal. Realizada biópsia externa com diagnóstico sugestivo de neoplasia mesenquimal infiltrativa. Devido paciente não apresentar os blocos de biópsia para confirmação diagnóstica, foi optado por realização de nova biópsia e exames de estadiamento. A biópsia apresentou resultado de neoplasia de padrão cartilaginoso acometendo osso e tecido moles adjacentes, com áreas de necrose e ossificação. Material foi enviado a imunohistoquímica que diagnosticou osteossarcoma gnático com padrão misto osteoblástico e condroblástico.

Em tomografia de pescoço apresentava massa expansiva com realce heterogêneo pelo contraste envolvendo espaço mucoso faríngeo a nível de nasofaringe e orofaringe a esquerda com extensão para espaço mastigatório e trigono retromolar medindo 9 x 8 x 9 centímetros com erosão de ramo e côndilo de mandíbula e parede posterior da maxila. Optado por quimioterapia, Cisplatina e Doxorubicina, 3 ciclos sem resposta. Rediscutido caso e definido a necessidade de abordagem cirúrgica.

Optou-se pela mandibulectomia segmentar, parotidectomia superficial, maxilectomia parcial e ressecção de musculatura mastigatória a esquerda, com traqueostomia. Paciente permaneceu internado por cinco dias, evadindo no sexto dia de pós-operatório. Retorna em ambulatório dois meses após a cirurgia, com boa evolução, anátomo patológico com margens livres e ausência de lesões em exame clínico e de imagem. Atualmente paciente em seguimento sem evidência de doença.

Discussão: O osteossarcoma é uma neoplasia rara, na maioria das vezes localizado na metáfise dos ossos longos, dos quais 10% acometem a mandíbula.

Em relação à origem do sarcoma, ainda é indefinida, ensaios imuno-histoquímicos sugerem que a maioria dos casos de sarcoma é originado de mesênquima pluripotente que sofrem diferenciação em qualquer tipo de célula durante o processo de transformação neoplásica. O tratamento de escolha para os osteossarcomas são a ressecção cirúrgica com margens livres. Porém nesse caso devido à grande extensão da doença optou-se por início de quimioterapia na intenção de evitar a progressão da doença. Contudo, observou-se insucesso do tratamento quimioterápico e sendo necessária a ressecção cirúrgica ampla com ressecção da musculatura mastigatória, maxilectomia parcial e mandibulectomia segmentar.

Comentários finais: Os osteossarcomas de mandíbula são tumores raros e que apresentam poucos estudos longitudinais. Raramente são encontrados em seus estágios iniciais devido a pequena quantidade de sintomas. A ressecção cirúrgica com margens livres é a melhor opção para tratamento dos osteossarcomas de mandíbula.

Palavras-chave: sarcoma de mandíbula; tumor mesenquimal; mandibulectomia.

TCP340 ABSCESSO RETROFARÍNGEO POR TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR - RELATO DE CASO

Autor principal: CAROLINA SARCINELLI SPINELLI

Coautores: ISADORA ELY, LUCIANA LIMA MARTINS COSTA, LAURA REGYNA TOFFOLI ROSO, VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ

Instituição: Grupo Hospitalar Conceição

Apresentação do caso: T.L.S, 53 anos, feminina, portadora de hepatite C, proveniente de Porto Alegre. Paciente encaminhada para avaliação de disfagia pelo Programa de Acompanhamento Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição. Relatou em avaliação otorrinolaringológica, dor articular e em coluna cervical há aproximadamente dois meses, resistente a analgesia. A mesma apresentava febre há semanas no final do dia. Negava sudorese e dispneia. Estava apresentando engasgos com alimentos sólidos. No exame físico, a mesma apresentava abaulamento central em parede posterior da orofaringe em altura de base de língua, sem trismo associado. No exame endoscópico, visualizado somente abaulamento da parede posterior de orofaringe e hipofaringe, sem outras alterações. Realizado tomografia cervical com contraste evidenciando espessamento dos tecidos moles da retrofaringe e coleção líquida à direita da linha média com 2,7x1,2cm com leve impregnação periférica com extensão posterior para o corpo vertebral de C2 com erosão da porção adjacente deste. Paciente foi então submetida a drenagem de possível abscesso retrofaríngeo no mesmo dia em bloco cirúrgico no caráter de urgência. Realizado em mesmo tempo cirúrgico coleta de material para culturas. A mesma apresentou GeneExpert e cultural para BAAR positivo. Iniciou tratamento com tuberculostáticos na mesma internação. Recebeu alta hospitalar após melhora do quadro clínico e regressão dos sintomas com acompanhamento ambulatorial com a equipe de infectologia.

Discussão: Tuberculose ganglionar é uma doença infecciosa que acomete os gânglios linfáticos, geralmente da região do pescoço e do tórax. Causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Já os abscessos retrofaríngeos, se formam a partir da infecção dos linfonodos na parede posterior da faringe, geralmente de causa bacteriana. Estes linfonodos tendem a desaparecer na idade adulta, o que o torna raro em adultos jovens. A tuberculose e a infecção pelo HIV podem ser causas de abscessos retrofaríngeos e devem ser descartadas. O paciente pode se apresentar com dor cervical, disfagia, febre, dificuldade de mobilização cervical e, em casos graves, dispneia. Na suspeita de um abscesso retrofaríngeo, deve-se ser realizado exames de imagem e endoscópicos para complementação clínica. O tratamento é realizado geralmente com antibioticoterapia e drenagem cirúrgica com brevidade devido a possibilidade de complicações com a progressão do abscesso no local de origem.

Comentários finais: A grande maioria dos casos de abscesso retrofaríngeo são de etiologia bacteriana, porém não podemos descartar a possibilidade de infecção por tuberculose ou HIV. É necessária avaliação clínica desde a anamnese para que seja corretamente direcionado o manejo e diagnóstico etiológico.

Palavras-chave: abscesso retrofaríngeo; tuberculose; tuberculose extrapulmonar.

TCP341

RELATO DE CASO - SCHWANNOMA DE NERVO GLOSSOFARÍNGEO EM PACIENTE ADOLESCENTE

Autor principal: SARA THAIS STEFFENS

Coautores: LOUISE FERREIRA IUNKLAUS, ERIKA YUMI NAKAGAWA, JOSE FERNANDO POLANSKI, ROGERIO HAMERSCHMIDT, CAROLINA ALBINO WALTRICK, MARJA CRISTIANE REKSIDLER

Instituição: *Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná*

Apresentação do caso: Paciente feminina, 16 anos, branca, admitida em emergência de Hospital Terciário por massa em cavidade oral com 1 mês de evolução, disfagia e alteração vocal. Na avaliação inicial, apresentou protuberância em região orofaríngea à esquerda. Realizada biópsia da lesão, laudo anatomopatológico evidenciou neoplasia mesenquimal de baixo grau com fenótipo neural.

Foi abordada cirurgicamente pela equipe otorrinolaringologia e cabeça e pescoço, realizado mandibulotomia e reconstrução com equipe da cirurgia plástica. Paciente apresentou boa recuperação e sem sequelas até o momento.

Discussão: O schwannoma é uma neoplasia benigna que se origina nas células de Schwann da bainha de mielina dos nervos periféricos motores, sensitivos, simpáticos e dos pares cranianos. Apresenta etiologia desconhecida, e raramente ocorre em região buco-maxilo-facial (aproximadamente 1% dos casos), necessitando de tratamento cirúrgico da lesão.

Comentários finais: A excisão cirúrgica do schwannoma benigno com margem de segurança favorece um bom prognóstico para o paciente, bem como menor chance de recidivas e de transformação maligna da lesão. O diagnóstico precoce e atuação de equipes multidisciplinares é essencial para o desfecho positivo do quadro.

Palavras-chave: nervo glossofaríngeo; schwannoma; cavidade oral.

Autor principal: LUCAS JUSTO SAMPAIO

Coautores: LUZIA ABRÃO EL HADJ, LARISSA SALOMAO PEREIRA, DARIO HART SIGNORINI, PAULO PIRES DE MELLO, ALEXANDRA TORRES CORDEIRO LOPES DE SOUZA, LAÍS ANDRADE DE OLIVEIRA, JESSICA AREIAS COELHO PEREIRA

Instituição: Hospital Federal de Bonsucesso

Apresentação do caso: A.S.P, 3 anos e 7 meses, sexo feminino, negra, nascida a termo, de parto cesáreo, pré Natal materno de alto risco por pré eclâmpsia e diabetes mellitus, testes de triagem neonatais normais. Apresentou, ainda no período neonatal, crescimento anormal da língua e incapacidade de oclusão oral devido macroglossia. A partir de então sofreu diversas internações por aumento de volume de língua, com consequente uso crônico de corticóide. Era acompanhada pelo serviço de endocrino Pediatria, com suspeita de Síndrome de Beckwith Wiedemann, descartada posteriormente por geneticista. Encaminhada para avaliação no Instituto Fernandes Figueira, onde tomografia computadorizada de pescoço evidenciou imagens compatíveis com linfangioma de língua. Referenciada para o Hospital Federal de Bonsucesso, onde foi submetida a glossectomia parcial e segue em acompanhamento ambulatorial. Lactente apresentou marcos de desenvolvimento, dentro da normalidade e apesar da macroglossia não apresentou distúrbios graves de sucção e deglutição, aleitamento materno exclusivo até 6 meses e continuado até o momento, apresenta dislalia e faz acompanhamento multidisciplinar em diversas unidades do SUS no Rio de Janeiro.

Discussão: Linfangioma é uma malformação rara, benigna, congênita e de etiologia desconhecida, que se origina a partir de vasos linfáticos, podem ser classificados em microcíticos e macrocíticos. Esta entidade foi primeiramente descrita por Virchow em 1854 e têm uma predileção pela região da cabeça e pescoço, respondendo por cerca de 75% de todos os casos, sendo que cerca de 50% destas lesões são observadas no nascimento e cerca de 90 % se desenvolvem após os dois anos de idade. É um diagnóstico pediátrico, poré raramente é diagnosticado em adultos.

Na cavidade oral, a língua é a topografia mais prevalente; clinicamente, o linfangioma da cavidade oral é muito raro e evidencia macroglossia. Geralmente, as lesões se apresentam superficialmente com aparência pedregosa ou vesiculosa, chamada de “ovos de rã ” ou “pudim de tapioca”. Quando localizado mais profundamente, pode-se apresentar como uma massa submucosa e devido à sua natureza infiltrativa e às suas margens indefinidas o que eventualmente compromete estruturas vitais, portanto aumentando sua morbidade.

Vários métodos de tratamento do linfangioma têm sido relatados na literatura, entre eles, a abordagem cirúrgica convencional, ablação cirúrgica por radiofrequência, terapia a laser e escleroterapia. A excisão completa de lesões microcíticas são difíceis e uma alta taxa de recorrência. Já o prognóstico é bom para a maioria dos pacientes, embora os tumores grandes do pescoço ou da língua possam resultar em obstrução das vias aéreas e óbito.

Comentários finais: A relevância deste relato de caso encontra-se no diagnóstico diferencial das macroglossias da infância e os potenciais impactos dessa desordem nos marcos de desenvolvimento e nas vitais como respiração, deglutição.. É importante notar que a paciente do caso não possui grande impacto alimentar ou déficit neurocognitivo ou motor. A Dislalia é em grande medida devido ao efeito de massa da macroglossia. A paciente não possui outras anomalias ou déficits neurológicos que justifiquem síndrome genética, contudo os cuidados com o desenvolvimento da fala serão desafios para toda vida. O tratamento proposto é cirúrgico, a fim de remover tecido linfangiomaso da língua e assoalho bucal, porém devido à infiltração difusa deve-se buscar cirurgias que conservem tecido muscular suficiente para as funções supracitadas.

Palavras-chave: linfangioma; microcitico; lingua.

TCP343

FASCEÍTE NECROTIZANTE CERVICAL COM ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR: UM RELATO DE CASO**Autor principal:** DEBORA EMI SHIBUKAWA**Coautores:** MARJA CRISTIANE REKSIDLER, CAROLINA ALBINO WALTRICK, DEBORA MATTANA VASCONCELLOS TEIXEIRA, LUANA CAROLINA FONTANA, LETICIA LEAHY, LUISI MARIA MEZZOMO, LOUISE FERREIRA IUNKLAUS**Instituição:** *Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná*

Apresentação do caso: Homem, branco, 38 anos, usuário de crack, etilista crônico, portador de anemia falciforme, foi admitido no pronto-socorro de um Hospital terciário por suspeita de abscesso cervical. A equipe otorrinolaringológica e cirurgia cabeça e pescoço foi acionada para conduzir o caso. O paciente apresentava quadro de edema cervical e história pregressa de infecção odontogênica não tratada. Na evolução, apresentou lesão descendente cérvico-torácica com importante área de necrose. Foi submetido a tratamento precoce com antibioticoterapia de amplo espectro e debridamento cirúrgico extenso pelo equipe da Otorrinolaringologia e Cirurgia cabeça e pescoço, com posterior abordagem pela cirurgia geral em conjunto com cirurgia plástica para reconstrução cervical e torácica.

Discussão: A Fasceíte Necrotizante é uma infecção bacteriana caracterizada por extensa necrose dos tecidos, que pode envolver desde a pele até a musculatura. Os principais locais de acometimento são o tronco e extremidades, sendo a região da cabeça e pescoço menos comumente atingida. A maioria dos casos cervicais tem origem odontogênica, envolvendo abscessos dentários e doença periodontal crônica, ou faríngea; evoluindo com extensa necrose e formação gasosa no tecido subcutâneo e fascial subjacente, com elevado índice de mortalidade (aproximadamente 40%). Os patógenos mais frequentemente isolados são *Streptococcus pyogenes* (grupo A) e *Staphylococcus aureus*. O exame anatomopatológico é o melhor método diagnóstico identificando precocemente a doença. O suporte clínico, o debridamento cirúrgico, além de antibioticoterapia endovenosa são fundamentais para o tratamento.

Comentários finais: A Fasceíte Necrotizante cervical é rara e com prognósticos desfavoráveis. O debridamento cirúrgico precoce é necessário para controlar a infecção mesmo que possa resultar em ferimentos grandes e profundos. A antibioticoterapia de amplo espectro e o suporte hemodinâmico também são fundamentais para o sucesso terapêutico. A atuação de equipes multidisciplinares é essencial para o manejo dos quadros e melhor desfecho para o paciente.

Palavras-chave: infecção; pescoço; agentes bacterianos.

TCP344

CISTO DO DUCTO TIREOGLOSSO INFECTADO COM LOCALIZAÇÃO ATÍPICA: RELATO DE CASO.**Autor principal:** RENAN CÉSAR DE FREITAS**Coautores:** PAULO RENATO BARCHI, RAFAELA DESIDERIO SAAD, WESLEY MARTINS QUESSADA ARRUDA, PEDRO HENRIQUE CARRILHO GARCIA, LUMA DE OLIVEIRA MORAIS, THAIS AGUIAR BRITO, JOAO ARMANDO PADOVANI JR.**Instituição:** Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Apresentação do caso: Paciente de 21 anos, previamente hígida, admitida no Hospital de Base de São José do Rio Preto com quadro de cervicgia há três semanas, evoluindo com edema cervical à esquerda há cinco dias. Referia sensação febril não aferida e mialgia associada ao quadro. Negava episódios prévios semelhantes ou internações prévias. No exame físico paciente em regular estado geral, sudoreica, afebril e taquicárdica, com abaulamento em área 3 a esquerda, de cerca de 3x3 cm de bordos bem definidos, doloroso a palpação. Foram realizados exames laboratoriais com número de leucócitos 12.120 (75% segmentados), provas inflamatórias aumentadas com velocidade de hemossedimentação (VHS) de 56, proteína C reativa (PCR) de 8,96 e valores dos hormônios tireoideanos alterados, hormônio estimulador de tireoide (TSH) 0,02 e Tiroxina livre (T4 livre) de 2,92.

A tomografia computadorizada de pescoço, evidenciou aumento das dimensões da glândula tireoide com realce heterogêneo em coleção multiloculada adjacente ao lobo esquerdo da tireoide com extensão para planos mioadiposos adjacentes em região retrofaríngea, paraglótica e supraglótica.

Paciente foi submetida a drenagem de abscesso cervical profundo a esquerda, com saída de grande quantidade de secreção purulenta em intraoperatório, com coleção adjacente ao lobo esquerdo da tireoide, enviado material para anatomopatológico que trouxe em laudo tecido fibroconjuntivo denso e muscular esquelético com infiltrado inflamatório linfo-histiocitário e áreas de necrose.

Paciente manteve internação por sete dias, para término ceftriaxona conforme orientação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Em retorno ambulatorial, paciente assintomática. Foi solicitado ultrassonografia cervical, após 1 mês da drenagem, com achado de imagem heterogênea em topografia paraesofageana esquerda, devendo considerar possibilidade de cisto tireoglosso. Em tempo paciente aguarda exérese eletiva de cisto do ducto tireoglosso pela técnica de Sistrunk em agenda cirúrgica da instituição.

Discussão: Cistos do ducto tireoglosso são anomalias congênitas em sua maioria benigna, com prevalência de 5% na população. Estão associados à persistência do ducto tireoglosso durante a migração embrionária da glândula tireoide, que deveria desaparecer na décima semana de gestação. Metade dos casos são diagnosticados entre a primeira e segunda décadas de vida, e aproximadamente 90% se situam na linha média. Diversas patologias entram como diagnóstico diferencial: adenites, lipomas, cistos sebáceos ou dermóides, cisto branquial, higroma cístico e laringocele. Para auxílio diagnóstico, exames de imagem e histopatológico são de grande valor. Como tratamento, a cirurgia clássica descrita por Sistrunk, que tem padronizada ressecção parcial do osso hióide além da exérese do cisto do ducto tireoglosso, é amplamente usada, e uma das vantagens do procedimento é um baixo índice de recorrência (inferiores a 5%).

Comentários finais: No presente caso, em virtude da Apresentação não habitual do cisto do ducto tireoglosso, sendo esse fora da linha mediana, levou inicialmente a um diagnóstico de abscesso cervical profundo a esquerda por adenite, sendo corroborada hipótese de cisto do ducto tireoglosso apenas após drenagem cirúrgica visto achados anatomopatológicos e exame ultrassonográfico realizado após a internação.

Palavras-chave: abscesso cervical profundo; cisto do ducto tireoglosso; cirurgia de Sistrunk.

TCP345 ATYPICAL AGGRESSIVE MANDIBULAR OSSIFYING FIBROMA IN A CHILD

Autor principal: ANNE LOUISE TORTATO DUARTE COSTA BARTH COSTAMILAN

Coautores: LOUISE FERREIRA IUNKLAUS, GABRIELA ALVES MARRONI, GUILHERME DE OLIVEIRA LUCIANI, ARTHUR RICARDO CARMINATTI ORTINÃ, MARJA CRISTIANE REKSIDLER, ROGERIO HAMERSCHMIDT

Instituição: *Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná*

Case Presentation: 5-year-old female, with a history of solid mass of approximately 2 cm in the right side mandible. The lesion was asymptomatic, but had a rapid progressive growth, compromising the vestibular bone board and the developing tooth germs.

Face tomography showed osteolytic lesion in the bone marrow of the right branch of the mandible with heterogeneous enhancement. Biopsy of the lesion revealed a histopathological result of ossifying fibroma. It was opted to do surgical resection and reconstruction with a microsurgical fibular flap.

Discussion: Ossifying fibroma is a rare benign fibro-osseous tumor of the craniofacial region. It is characterized by replacement of the normal bone with fibrous tissue with varying amount of calcified structures. It occurs most frequently in the mandible. There is a higher incidence in females and in the third and fourth decades of life.

While asymptomatic in most cases, the lesion can grow to large sizes, causing bony swelling, deformity and occlusal problems. If the lesion occurs in a younger patient, aggressive may be expected

Diagnosis is made with clinical, radiological and histopathological examinations. The treatment evolves surgical removal of the lesion and, if necessary, associated reconstructive surgery. There is a low recurrence rate.

Final Comments: Ossifying fibroma is a rare tumor of the craniofacial region. It is an important differential diagnosis of mandibular tumors and should be considered at all ages.

Palavras-chave: mandibular tumor; mandible; fibro-osseous tumor.

Autor principal: RENAN CÉSAR DE FREITAS

Coautores: PAULO RENATO BARCHI, WESLEY MARTINS QUESSADA ARRUDA, WENDELL ALLAN HANZAWA, MARIA LUIZA ROHR ZANON, VICTOR ENGLER TELLINI E SILVA, LUMA DE OLIVEIRA MORAIS, GUSTAVO FERNANDES DE ALVARENGA

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Apresentação de caso: Homem, 34 anos, procura atendimento em 2017 no Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital de Base de São José do Rio Preto com queixa de abaulamento progressivo e lento em topografia de molares inferiores à esquerda, sendo submetido à uma biopsia que evidenciou ameloblastoma, assim foi indicada uma cirurgia de hemi-mandibulectomia à esquerda com colocação de placa de reconstrução 2.4 mm de espessura. Cerca de um mês após o procedimento, o paciente fora preso, deixando assim de realizar seguimento pós operatório.

Após um ano do ato cirúrgico, paciente evoluiu com novo abaulamento em topografia de trigonoretromolar à esquerda com saída de secreção de aspecto seroso da mesma, sendo prescrito antibioticoterapia por sete dias. Paciente evolui com deiscência da ferida operatória e exposição da placa mandibular, então realizado em maio de 2022 um retalho musculocutâneo de esternocleidomastoideo esquerdo para fechamento de defeito e exposição mandibular. Após procedimento, paciente mantém-se em seguimento com o serviço supra citado sem novas intercorrências.

Discussão: O ameloblastoma é um tumor de origem odontogênica, de caráter benigno, porém localmente agressivo e com alta taxa de recidiva, frequentemente acometendo mandíbula ou maxila. Apresenta-se como uma massa endurecida de crescimento lento, progressivo e indolor, expandindo-se até causar deformidades ósseas e deslocamento dos elementos dentários adjacentes. O diagnóstico é clínico-radiológico, porém a confirmação definitiva dá-se pela análise anatomopatológica. O tratamento de escolha é a excisão radical do tecido tumoral com margem de segurança ou a ressecção mandibular e acompanhamento rigoroso, por ser um tumor com alto grau de recidiva.

Conclusão: Apesar do ameloblastoma ser uma neoplasia considerada benigna, a alta taxa de recidiva faz com que o acompanhamento pós operatório seja vital para diagnosticar e tratar as complicações e novas recidivas. O tratamento cirúrgico com exérese da lesão e seus tecidos adjacentes, embora possa causar deformidade facial e alteração estética e funcional, ainda é o tratamento de escolha, visto a alta taxa de recidiva e da agressividade local do mesmo.

Palavras-chave: ameloblastoma; mandibular; jovem.

TCP347 GRANULOMA PIOGÊNICO DE LÍNGUA EM LACTENTE: RELATO DE CASO

Autor principal: ALAN RODRIGUES DE ALMEIDA PAIVA

Coautores: MAURO BECKER MARTINS VIEIRA, REBECA CAROLINA CAMPOS E ALMEIDA SILVA, KARILA KAREN NOVAIS SALES

Instituição: Hospital Felício Rocho

Lactente, 3 meses de idade, sexo masculino, admitido no CTI pediátrico do Hospital Felício Rocho devido a sangramento de lesão tumoral em dorso de língua com repercussão hemodinâmica e necessidade de hemotransfusão. Mãe informou ter percebido lesão aos 30 dias de vida com aspecto nodular, sésil, avermelhada, indolor a palpação e crescimento progressivo. Ao exame físico intrabucal, observou-se lesão nodular, ocupando toda extensão do dorso da língua, de coloração avermelhada, com pontos ulcerados, base sésil, tamanho aproximado de 3cm, impossibilitando oclusão total de lábios. Sem outras lesões em face ou mucosas. Diante da anamnese e achados clínicos, formulou-se como principal hipótese diagnóstica o hemangioma infantil e iniciado tratamento conservador com propranolol e corticotopia. Paciente evoluiu com broncoespasmo persistente e descompensação respiratória. Ademais, a lesão apresentou crescimento progressivo e sangramentos recorrentes. Assim, foi realizado traqueostomia para garantia da via aérea e tentado terapia local com laser, porém sem melhora. Após discussão multidisciplinar, incluindo equipe da hemodinâmica, foi indicado biópsia incisional sob anestesia geral para exclusão de neoplasias. Resultado anatomopatológico e imunoistoquímico compatível com Granuloma Piogênico. Optado pelo procedimento cirúrgico de exérese da lesão com preservação de língua. Paciente evoluiu sem recidiva da lesão, tolerando dieta via oral e remoção de traqueostomia.

O Granuloma Piogênico (GP) é um tumor vascular benigno de pele ou mucosas caracterizado por apresentar crescimento rápido e por possuir superfície friável. As lesões podem ocorrer em todo o corpo, inclusive dentro da cavidade oral. A maioria dos GP intraorais envolvem a gengiva, embora locais como a língua e lábios podem ser raramente afetados. Estima-se que apenas 4% dos GP orais ocorrem na língua. A causa da lesão é desconhecida, mas as principais teorias apontam para uma hiperplasia inflamatória como resposta à irritação local, trauma físico, fatores hormonais ou induzidos por medicamentos. Apesar do nome, os granulomas piogênicos não estão associados a infecção e não se assemelham histologicamente a granulomas. Considerando o quadro clínico típico, o diagnóstico clínico é simples. Entretanto, quando está presente em locais críticos, como na via aérea, ou em apresentações atípicas, a gama de diagnósticos diferenciais deve ser sempre considerada. Os diagnósticos diferenciais para uma massa exofítica com ulcerações em região dorsal da língua são lesões reativas (fibroma traumático, granuloma piogênico) e neoplásicas. As lesões neoplásicas benignas incluem hemangioma infantil, miofibroma, leiomioma, tumor de células gigantes e neurofibroma. Dentre as neoplasias malignas, deve-se considerar o rabdomiosarcoma, visto que é sarcoma mais comum de partes moles na infância. Embora não haja um consenso sobre o tratamento do granuloma piogênico, a abordagem da lesão é necessária, principalmente quando localizada em via aérea. Vários tratamentos foram propostos, como excisão cirúrgica total, curetagem, laser, crioterapia, terapias intralesionais e sistêmicas. Dentre eles, a excisão cirúrgica é a mais estudada e com a menor taxa de recorrência, cerca de 3%. Entretanto, tendo em vista os poucos estudos sobre o tema a escolha irá depender da localização da lesão e da experiência do serviço.

Conforme exposto, o granuloma piogênico é uma lesão benigna e não neoplásica, porém por ter um crescimento rápido e complicações frequentes é necessário o diagnóstico correto e tratamento precoce. O caso clínico descrito evidencia uma lesão em localização crítica e atípica que mimetiza vários diagnósticos diferenciais. Assim, em lesões em que o GP não configura a principal hipótese diagnóstica e outras linhas de tratamento foram instituídas, o acompanhamento evolutivo do quadro é mandatório. Atenção especial deve ser dada não apenas à evolução da lesão, mas também às complicações e outras lesões que podem estar associadas. Mediante suspeita de falha terapêutica, o tratamento cirúrgico com ou sem biópsia prévia deve ser considerado.

Palavras-chave: pyogenic granuloma; tongue; surgery.

Autor principal: ISABELA BORG MARINHO

Coautores: LUZIA ABRÃO EL HADJ, LARISSA SALOMAO PEREIRA, ALEXANDRA TORRES CORDEIRO LOPES DE SOUZA, LAÍS ANDRADE DE OLIVEIRA, LUCAS JUSTO SAMPAIO, JESSICA AREIAS COELHO PEREIRA, THAMIRIS DIAS DELFINO CABRAL

Instituição: Hospital Federal de Bonsucesso

Apresentação do caso: Paciente feminina, 22 anos, branca, gestante de 26ª semanas, foi encaminhada para avaliação de lesão em base de língua, que surgiu desde a infância. Porém, há cerca de 1 ano iniciou disfagia para sólidos, náuseas e crescimento progressivo da lesão. Negava dor, dispneia e sangramento. Durante a consulta foi evidenciada lesão endurecida, esbranquiçada, superficial, não infiltrante, em base de língua, na linha média, medindo cerca de 1 cm, indolor a palpação e friável a escoriação. Ausência de adenomegalia. Ao exame físico extraoral não se observou estigmas característicos de neurofibromatose, inclusive em tórax. Pela Ressonância Magnética verificou-se lesão de aspecto benigno medindo 1,1x0,7x0,6 cm. Devido à gestação, optado pela exérese somente após a gestação. Decorrido 4 meses após o parto, a paciente foi submetida a biópsia excisional da lesão sob anestesia geral, sem intercorrências. O laudo histopatológico evidenciou neurofibroma. Atualmente, a paciente encontra-se sob acompanhamento clínico, não sendo evidenciado sinais de recorrência.

Discussão: Neurofibroma é um tumor benigno originado do tecido endoneural dos nervos periféricos. Apresenta-se como massa nodular séssil ou pedunculada, de consistência fibrosa, indolor, com crescimento lento, variando de tamanho de pequenos nódulos a grandes massas. Paciente pode evoluir com dor ou parestesia, devido compressão do nervo afetado. Acomete a pele, sendo raro na cavidade oral, contudo quando manifesta, atinge majoritariamente mucosa jugal, gengival e língua. Fato que corrobora com esse caso, pois estava localizado em base de língua. São classificados como solitários, quando não tem associação com nenhuma síndrome, ou múltiplos, quando ocorrem associação com síndromes, como a neurofibromatose tipo I. Afetam ambos os sexos e faixas etárias, mais encontrada em adultos jovens. Sendo que durante a infância, adolescência e gravidez podem ocorrer um crescimento rápido da lesão, porém a regressão espontânea não acontece. Fato que vai ao encontro do caso, no qual após início da gestação, paciente percebeu um aumento da lesão.

Comentários finais: Apesar de ser infrequente, o surgimento de neurofibroma isolado em região de cabeça e pescoço, é de suma importância um exame físico detalhado pelos profissionais que atuam na cavidade oral, como os otorrinolaringologistas, cirurgiões de cabeça e pescoço, cirurgiões buco maxilo facial, odontólogos e estomatologistas, a fim de realizar o diagnóstico diferencial de lesões hiperplásicas da cavidade bucal. O tratamento de eleição do neurofibroma isolada é a exérese cirúrgica, devido rara malignização e seu baixo índice de recidiva. Cabe lembrar, contudo, que perante o diagnóstico de neurofibroma, é imprescindível a investigação da neurofibromatose.

Palavras-chave: neurofibroma; língua; biópsia.

TCP349

RINECTOMIA TOTAL COM EXANTERAÇÃO DE ÓRBITA EM PACIENTE COM CARCINOMA BASOESCAMOSO: UM RELATO DE CASO**Autor principal:** BRUNA MIRAPALHETE BELLINASSO**Coautores:** MARCELO EMIR REQUIA ABREU, MARCOS ANDRÉ DOS SANTOS, CAROLINA SANDI KUNZ, CRISLLI PREUSSLER CHIARADIA, MURIEL FERREIRA DA SILVA, NATÁLIA REBELATTO VANZ, ANA FLÁVIA BASEGGIO**Instituição:** Hospital Universitário da ULBRA

Apresentação do caso: Paciente A.G.B., masculino, 70 anos, tabagista e ex-etilista, vem em primeira consulta no ambulatório Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário da ULBRA, no dia 18/12/2019, encaminhado da UBS, por surgimento de lesão nasal a esquerda de aspecto tumoral há 10 anos e piora nos últimos anos. Paciente com queixa de dor local e hipoestesia em região infraocular ipsilateral. Ao exame físico, visualiza-se lesão de aspecto vegetante e ulcerado, de aproximadamente 4cm, endurecida e aderida em asa nasal esquerda, estendendo-se para região malar e infraorbital ipsilateral, associada a hiperemia de conjuntiva ipsilateral. À palpação cervical, não se palpou linfonodomegalias ou particularidades e demais aspectos de exame físico e exame de videolaringoscopia, sem alterações. Prosseguiu-se com biópsia incisional da região em janeiro de 2020, que teve com resultado Anatomopatológico em fevereiro de 2020: Carcinoma Basocelular. Foi solicitada Tomografia Computadorizada de Pescoço com contraste para planejamento terapêutico e, após resultado, optou-se, em conjunto com o paciente e familiares, por tratamento cirúrgico. Procedeu-se com Cirurgia de Exanteração de Órbita e Malar à esquerda associada a Rinectomia Total e Ressecção de lesão de pele no dia 05/08/2020 e anatomopatológico de peça cirúrgica teve como resultado: Carcinoma Basoescamoso ulcerado de pele e região malar com invasão de narina e com invasão vascular e linfática, com limites cirúrgicos livres. Paciente permaneceu cerca de 21 dias em internação hospitalar após a cirurgia e com boa recuperação pós operatória. Na alta hospitalar e consulta de revisão pós operatória em ambulatório, o paciente foi encaminhado ao Serviço de Oncologia, o qual definiu tratamento adjuvante com Radioterapia. Após tratamento Radioterápico, paciente permanece em acompanhamento e seguimento ambulatorial com Equipe de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário da Ulbra com boa evolução do quadro e sem sinais de recidiva.

Discussão: O Carcinoma Basoescamoso (CBE) é um tumor maligno de origem queratinocítica, que apresenta características histopatológicas dos carcinomas basocelular e espinocelular, porém com comportamento clínico bem distinto. É uma neoplasia epitelial rara com tendência à recorrência local e ao desenvolvimento de metástases à distância, condição que a difere do carcinoma de células basais. Sua incidência varia de 1 a 2% de todos os carcinomas de pele. O diagnóstico baseia-se nos achados histológicos e o tratamento de eleição é a cirurgia com completa ressecção do tumor. O comprometimento tumoral da margem cirúrgica apresenta-se como um importante fator prognóstico. Além disso, há uma alta propensão a metástases em linfonodos e à distância que requer um atencioso seguimento pós-tratamento.

Comentários finais: O carcinoma basoescamoso é um tumor raro de pele que pode evoluir e atingir estruturas que necessitem de tratamento cirúrgico agressivo para tratamento adequado e com chances de cura. Devido a isso, é de extrema importância realizar diagnóstico precoce e instituir o tratamento para que haja menos chance de metástase, maior possibilidade de cura desse tumor da forma menos invasiva possível.

Palavras-chave: carcinoma basoescamoso; rinectomia; exanteração de órbita.

Autor principal: LAURA REGYNA TOFFOLI ROSO

Coautores: MARCELO EMIR REQUIA ABREU, RODRIGO DE CASTRO MENEZES, LAURA KLEIN, CAROLINA SARCINELLI SPINELLI, VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ

Instituição: Grupo Hospitalar Conceição

Apresentação do caso: C.F.M., 24 anos, feminina, hígida, iniciou há cerca de 8 meses com lesão nodular em escalpo, região occipital, de crescimento progressivo, indolor, com odor fétido. A lesão apresentava 14cm x 10 cm de extensão. À palpação cervical, também apresentava linfadenomegalia em níveis II e III, bilateralmente. Sem outras alterações ao exame físico segmentar. Foi realizada biópsia incisional da lesão, com laudo anatomopatológico sugerindo neoplasia maligna epitelióide com células claras associadas. O material foi submetido à imuno-histoquímica, com resultado positivo para marcadores neuroendócrinos, dentre eles a citoqueratina, a cromogranina A e a sinaptofisina. Dessa forma, confirmou tratar-se de neoplasia neuroendócrina compatível com CCM.

Foi realizado estadiamento complementar com tomografia computadorizada (TC) de crânio, pescoço, tórax e abdome. À TC de tórax, evidenciou-se lesões sugestivas a implantes secundários em pulmão esquerdo. Tal achado enquadrava a paciente diretamente como estágio clínico IV.

A conduta inicialmente proposta foi de ressecção local da lesão com margens oncológicas de 1,0cm. Durante o transoperatório, observou-se que a mesma infiltrava pequena porção do pericrânio, o qual também foi removido. A reconstrução foi realizada com enxerto de pele parcial da coxa. A paciente recebeu alta hospitalar no 3º dia de pós-operatório, após evolução sem intercorrências. Também foi proposto tratamento adjuvante, com quimioterápico Pembrolizumab. Em exames tomográficos de controle atualmente, a paciente não apresenta sinal de recidiva tumoral em sítio primário e redução dos nódulos pulmonares e dos linfonodos cervicais. Segue em tratamento quimioterápico até presente data deste relato.

Discussão: O CCM é um raro tumor neuroendócrino cutâneo, o qual se origina das células de Merkel, responsáveis pela sensibilidade tátil. Epidemiologicamente, atinge homens caucasianos e de idade avançada, o que vai de encontro ao caso exposto acima. Ocorre comumente em locais com maior exposição aos raios ultravioletas, como cabeça e pescoço e membros superiores. Clinicamente, o CCM apresenta-se como placa, nódulo ou tumor, normalmente único, de coloração avermelhada-púrpura ou rosácea. Ao toque, são lesões firmes e indolores. Frente à suspeita de CCM, é imprescindível a biópsia com brevidade e a análise imuno-histoquímica para o diagnóstico definitivo. O tratamento baseia-se na exérese cirúrgica completa, associada ou não a tratamentos adjuvantes pós-operatórios. O prognóstico é ruim, observando-se elevada incidência de recidivas locais (20-75%), metástase linfonodal (30-70%) e à distância (25-50%). A sobrevida média em 5 anos é de 30-75%, sendo menor nos estágios clínicos avançados. Os principais locais para metástases à distância são: fígado, ossos, pulmões e sistema nervoso central.

Comentários finais: O carcinoma de células de Merkel possui caráter agressivo, evolução rápida e difícil tratamento. A biópsia das lesões suspeitas, associada à análise imuno-histoquímica é fundamental para o diagnóstico correto e precoce. Esta permanece sendo a melhor forma de garantir um prognóstico favorável ao paciente.

TCP351

TRATAMENTO CONSERVADOR DE ABSCESSO RETROFARÍNGEO EM PACIENTE COM DISCRASIA SANGUÍNEA E NEFROPATIA**Autor principal:** TINO MIRO AURÉLIO MARQUES**Coautores:** MARCOS RABELO DE FREITAS, VIVIANE CARVALHO DA SILVA, ANDRE ALENCAR ARARIPE NUNES, DENISE ALICE DE SOUSA ARAUJO, RAQUEL CUSTÓDIO SOUZA, EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA, MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA**Instituição:** *Universidade Federal do Ceará*

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 14 anos, admitido em serviço de pediatria com história de febre, astenia, odinofagia e edema de face, predominantemente bipalpebral, com evolução de duas semanas. Negava sintomas nasais ou otológicos. Iniciou ceftriaxona à admissão, porém evoluiu com quadro de dispneia aos pequenos esforços e ao repouso, trismo, disfagia, sialorreia e estridor inspiratório, sendo adicionado ao esquema antibiótico clindamicina e dexametasona, além de oxigenioterapia por cânula nasal e monitorização cardiorrespiratória, com melhora do quadro de desconforto respiratório. Negava comorbidades ou história de abscesso periamigdaliano prévio. Ao exame otorrinolaringológico, apresentava abaulamento em região peritonsilar esquerda, sem visualização de exsudatos ou alterações em orofaringe, sem trismos ou linfonodomegalias à palpação cervical. Paciente evoluiu, no terceiro dia de internação, com oligúria, aumento de escórias nitrogenadas e hipertensão arterial por glomerulonefrite pós-estreptocócica com anticorpo anti-estreptolisina O (ASO) de 892 UI/MI (VR<200 UI/mL), hipocomplementemia transitória C3 (7mg/dL; VR: 67 a 149 mg/dL), hemoglobinúria, hematúria (++++/4+), proteinúria subnefrótica (relação proteína/creatinina de 0,92) e ultrassonografia de rins e vias urinárias sem alterações sugestivas de doença renal crônica. Tomografia computadorizada cervical sem contraste admissional evidenciou coleção mal definida para-retrofaringea direita em contato com artéria carótida interna, determinando estreitamento da via aérea, sendo indicado abordagem cirúrgica de urgência. Entretanto, após avaliação laboratorial pré-operatória que demonstrou alargamento do tempo de tromboplastina parcial ativada (1,59; VR <1,25) com tempo de protrombina (1,15; VR<1,20) sem alterações, o serviço de hematopediatria optou por conduta conservadora, tendo em vista resolução completa dos sintomas laringofaríngeos e boa evolução clínico-bioquímica. A dosagem dos fatores de coagulação VIII (53,3%; VR: 60 a 150%), XI (87,6%; VR: 60 a 120%), XII (94,9%; VR: 60 a 150%), fibrinogênio (291; VR: 195 a 365 mg/dL) e tempo de sangramento (1'30"; VR: 1'00" a 4'00") não demonstrou alterações significativas. Ressonância magnética cervical de controle, após uso de ceftriaxona (D13), clindamicina (D11), piperacilina-tazobactam (D26) e dexametasona (D5), evidenciou resolução completa do abscesso retrofaringeo, sem indicação de drenagem cirúrgica.

Discussão: Processos infecciosos bacterianos que acometem as vias aéreas superiores podem evoluir com complicações fatais, como abscessos profundos da região cervical, insuficiência respiratória aguda, mediastinite e choque séptico. São condições com tratamento clínico cirúrgico urgente. Em pacientes com boa evolução clínico-laboratorial, discrasia sanguínea e complicações não supurativas renais de faringotonsilites bacterianas com potencial de complicação intraoperatória, a abordagem watchful waiting com uso de corticoides sistêmicos, antibioticoterapia extendida, controle com exames de imagem e vigilância clínica rigorosa pode ser uma alternativa.

Comentários finais: Tratamento padrão-ouro para coleções peritonsilares, para ou retrofaringeas constitui em punção aspirativa ou drenagem cirúrgica. A antibioticoterapia extendida e corticoterapia sistêmica em pacientes com comorbidades clínicas potencialmente graves pode representar uma aliada na terapêutica desses pacientes.

Palavras-chave: abscesso retrofaringeo; antibacterianos; corticosteroides.

CARCINOMA ESPINOCELULAR VERRUCOSO EM OSSO TEMPORAL- UM RELATO DE CASO ATÍPICO

Autor principal: MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA

Coautores: MARCOS RABELO DE FREITAS, VIVIANE CARVALHO DA SILVA, DENISE ALICE DE SOUSA ARAUJO, RAQUEL CUSTÓDIO SOUZA, EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA, TINO MIRO AURÉLIO MARQUES, ANA CECÍLIA SOARES BRIGIDO

Instituição: *Universidade Federal do Ceará*

Apresentação do caso: Masculino, 40 anos, com história de cefaleia em região temporal esquerda com irradiação retroauricular e cervical, além de otalgia e otorreia fétida ipsilaterais. Apresentou abaulamento doloroso retroauricular a esquerda, seguido de fistulização com drenagem de secreção hemática e purulenta. Algia era intensa e refratária à analgesia com opioide. Comorbidades prévias: tabagista, etilista e usuário de drogas ilícitas (maconha, cocaína e crack). Negava febre e/ou perda de peso. Tomografia computadorizada de ossos temporais evidenciou lesão infiltrativa temporal esquerda de comportamento invasivo local sugerindo natureza neoplásica associada a componentes infecciosos de osteomielite. Ressonância magnética de mastoides destacou lesão expansiva destrutiva medindo 5x3x4cm, comprometendo extensamente mastóide e ouvido médio, com extensões intracranianas para a fossa média e seio sigmoide, regiões parotídea e faringeana. Inicialmente, efetuada biopsia de tumoração que se insinuava pelo conduto auditivo externo esquerdo. Histopatológico revelou carcinoma espinocelular verrucoso. Em conjunto com Cirurgia Cabeça e Pescoço e Neurocirurgia foi realizada temporalectomia do lado afetado com esvaziamento de linfonodos retroauricular e suboccipital, além de retalho miocutâneo do peitoral maior, temporal e esternocleidomastoideo para correção de falha cirúrgica. Paciente submeteu-se em seguida a sessões de radioterapia.

Discussão: O carcinoma espinocelular surge a partir dos queratinócitos e apresenta diversas variantes clínico-histopatológicas, incluindo o carcinoma verrucoso (CV). CV é uma forma rara e indolente, que pode localizar-se na pele e em mucosas, sendo a cavidade oral o sítio acometido em 70% dos casos. A etiologia do carcinoma verrucoso é ainda desconhecida, no entanto existem estudos que evidenciam que o tabaco e o HPV-6, HPV-11, HPV-16 e HPV-18 são potenciais fatores de risco para seu desenvolvimento. É difícil estabelecer a relação etiológica da maconha no câncer na região de cabeça e pescoço, uma vez que ela é uma droga ilícita, o que dificulta a pesquisa com seus usuários. Sobre o tratamento, a excisão cirúrgica pode não ser totalmente efetiva mesmo se efetuada com boas margens de segurança. Frequentemente recidivas surgem em status pós-cirúrgico, sendo necessários tratamentos adjuvantes.

Comentários finais: Apesar de o carcinoma verrucoso ser um tumor de crescimento predominante horizontal, poderá ter ainda uma Apresentação atípica agressiva, necessitando assim de diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Novos estudos devem ser realizados para estabelecer uma adequada relação do uso de drogas ilícitas como fator de risco para carcinoma espinocelular verrucoso.

Palavras-chave: carcinoma verrucoso; osteomielite; mastoidite.

TCP353

TIREOIDECTOMIA TOTAL EM PACIENTE COM CARCINOMA DE TIREOIDE SEM ALTERAÇÕES EM EXAMES DE IMAGEM**Autor principal:** BRUNA MIRAPALHETE BELLINASSO**Coautores:** MARCOS ANDRÉ DOS SANTOS, MARCELO EMIR REQUIA ABREU, CAROLINA SANDI KUNZ, CRISLI PREUSSLER CHIARADIA, MURIEL FERREIRA DA SILVA, NATÁLIA REBELATTO VANZ, MARIANE MENEGAT MADRUGA**Instituição:** Hospital Universitário da ULBRA

Apresentação do caso: Paciente J.V.T., masculino, 21 anos, tabagista e ex-dependente químico, vem em primeira consulta no ambulatório Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário da ULBRA, no dia 20/11/2019, encaminhado da UBS, por aparecimento de nodulação cervical à esquerda há 1 ano, com aumento progressivo, negando dor local ou demais queixas relacionadas e já trazendo exames solicitados por médico de sua UBS. Ao exame físico, foi identificada adenomegalia, em nível V à esquerda, de aproximadamente 5cm, fibroelástica, móvel, não aderida à planos profundos e indolor à palpação; Tireoide normoposicionada, sem aumento de volume e sem lesões palpáveis. À oroscopia e exame de Videolaringoscopia, não se observou alterações. Nos laudos de US Cervical com Doppler 08/2019 foi identificada lesão suspeita e laudo de PAAF da lesão de 09/2019 contendo: *“Células epiteliais atípicas, compatível com carcinoma papilar metastático. O aspecto citopatológico sugere-se tratar-se de tumor primário de tireoide.”*. O laudo trazido de US de Tireoide realizada em 11/2019 não mostrava alterações na glândula e a TC de Pescoço com Contraste 11/2019 com característica de lesão suspeita e ausência de demais linfonodomegalias. Após avaliação do quadro clínico, solicitamos liberação clínica para realização de procedimento cirúrgico, provas sorológicas, as quais tiveram Resultados não reagentes e indicou Biópsia Excisional da lesão, com AP 03/2020: *“Metástase de Carcinoma Papilar”* e pesquisa em citologia de Tireoglobulina superior a 500 ng/ml. Foi solicitada revisão de lâmina e nova US de Tireoide e Cintilografia para rastreamento de Tireoide Ectópica e avaliação com médico Endocrinologista. Paciente retorna em 13/01/2021 com nova US de Tireoide com laudo sem alterações da glândula, Revisão de Lâmina mantendo mesmo diagnóstico e Cintilografia de Tireoide com seguinte laudo: *“Não há evidência cintilográfica de focos quentes ou frios da tireoide, não há evidência cintilográfica de focos ectópicos anômalos anômalos de tecido tireoideano com avidéz pelos dois radiotraçado (iodo e tecnécio).”* Foi indicada por nossa equipe e realizada no dia 31/03/2021 Tireoidectomia Total e Esvaziamento Cervical níveis II-VI e Abordagem de compartimento central e com AP da peça cirúrgica: *“Carcinoma Papilar de Tireoide, tipo clássico, lesão de 1cm, com invasão angiolinfática. Linfonodos metastáticos em nível IV e em nível II e VI”*, estadiamento patológico pT1apN1. Paciente com boa recuperação pós operatória, encaminhado para acompanhamento com equipe de Endocrinologia e para realização de Iodoterapia. Permanece em seguimento com nossa equipe, já com 1 ano e meio de evolução aproximadamente e sem sinais de recidiva.

Discussão: O diagnóstico de suspeição do Carcinoma Papilífero de Tireoide (CPT) pode ser feito com US, PAAF, Cintilografia, mas o diagnóstico definitivo é realizado somente através de exame Histopatológico. O CPT apresenta alto índice de disseminação linfática cervical, como uma de suas principais características e o seu diagnóstico vai depender do método utilizado. A ocorrência de metástases linfonodais costumam ser ipsilaterais em relação ao tumor primário e ocorrem, principalmente, em tumores maiores de 1cm, multicêntricos e que apresentam invasão angiolinfática. A detecção de metástases ganglionares se faz de suma importância para estabelecer o prognóstico da doença, havendo menor probabilidade de evolução para cura quando na presença destas, assim como os pacientes que não tratados com iodo radioativo também apresentam menor possibilidade de cura. O esvaziamento cervical deve ser realizado sempre que houver metástases suspeitas ou identificadas no nível do compartimento central e é contraindicado se tumores pequenos, não invasivos e sem acometimento clínico linfonodal.

Comentários finais: A análise histopatológica de tireoide e de adenomegalias clinicamente suspeitas é fundamental para o diagnóstico de carcinoma de tireoide. Exames de imagem tireoideanos podem apresentar Resultados falsos-negativos, como demonstrado no caso supracitado.

Palavras-chave: tireoide; carcinoma; tireoidectomia.

Autor principal: ARTUR GUILHERME HOLANDA LIMA

Coautores: GABRIEL PINHO MORORÓ, MIKHAEL RANIER LEITE RAMALHO, ANNA DÉBORA ESMERALDO DOS SANTOS, RAFAEL BUSTAMANTE DE CASTRO, JOSÉ VICTOR LIMA FIGUEIREDO, ALINE TAVARES LIMA HOLANDA, RICARDO LINCOLN PINTO GONDIM

Instituição: Hospital Geral de Fortaleza

Apresentação do caso: Paciente, 46 anos, sexo feminino com queixa de corpo estranho na garganta e dor em região de escaleno esquerdo na flexão da cabeça há 5 anos. Evolui com odinofagia para sólidos há 2 anos. Fez uso por longos períodos de anti-inflamatórios e cursos de corticoterapia oral, sem qualquer melhora do quadro. Refere ter realizado tonsilectomia durante a infância e acompanhamento clínico devido nódulos de tireoide. Sem outras comorbidades. Ao exame físico, leve dor a palpação de região inferior ao ângulo da mandíbula esquerda, sem linfonodomegalias ou tumores palpáveis em região cervical. Cavidade oral com malampatti modificado grau 2, amígdalas grau 0, sem outras alterações. Tomografia cervical mostrando apófise estilóide esquerda alongada com extremidade distal alcançando o plano de C3 com 3,5 cm de extensão e apófise direita medindo 3,1 cm. Não observado alterações patológicas na cavidade oral, oro-hipofaringe, laringe, partes moles do pescoço e ossos temporais. Realizada ressecção cirúrgica do processo estilomastóideo esquerdo, por via transcervical e sob anestesia geral. Após a cirurgia, a paciente apresentou melhora das queixas álgicas, sem necessidade de medicações analgésicas e segue em acompanhamento ambulatorial.

Discussão: A Síndrome de Eagle é definida como uma condição rara de aumento sintomático processo estilóide (comprimento > 2,5 cm) ou mineralização dos ligamentos estilo-hióideo ou estilomandibular. Geralmente acomete mais mulheres do que homens, com idades variando de 20 a 40 anos. Apenas raros exemplos bilaterais foram relatados. O processo estilóide possui relação anatômica com as artérias carótidas, veia jugular interna e nervos facial, glossofaringeo, vago e hipoglossopode apresentar uma variedade de manifestações. Os sintomas são inespecíficos, como sensação de globo faríngeo, dor de garganta recorrente, otalgia reflexa, redução da mobilidade cervical e dor ao abrir a boca. Geralmente aparecem ou pioram na deglutição, mastigação, movimentos da língua, rotação da cabeça ou palpação da fossa tonsilar. O diagnóstico é baseado, além de história e exame físico compatíveis, em exames de imagem, sendo de escolha a tomografia computadorizada com reconstrução tridimensional. O tratamento envolve desde abordagens farmacológicas a cirúrgicas. A intervenção cirúrgica pode ser realizada por via intraoral ou transcervical. Essa última apresenta como vantagens, além de uma melhor visualização das estruturas, menores taxas de infecção ou sangramento, apesar de cicatriz cutânea externa e maior tempo cirúrgico.

Comentários finais: A Síndrome de Eagle deve sempre ser lembrada em casos de dor idiopática, especialmente em mulheres adultas e quando não há resposta a analgésicos. A associação ou piora dos sintomas pela deglutição ou movimentação cervical deve auxiliar no diagnóstico. A identificação e intervenção precoce é fundamental para a melhora da qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

Palavras-chave: espaço parafaríngeo; cervicalgia; tomografia.

TCP355 CONDROSSARCOMA MESENQUIMATOSO: RELATO DE CASO.**Autor principal:** LYA MONTALVERNE DE BARROS ALBUQUERQUE**Coautores:** CARLOS TAKAHIRO CHONE, LIGIA TRALDI MACEDO, VANESSA CARVALHO DE OLIVEIRA, AMANDA JAYNE GUEDES RISUENHO**Instituição:** UNICAMP

Apresentação do caso: Paciente, sexo feminino, 41 anos, com odontalgia e parestesia em região mentoniana, evoluiu em 01 mês com abaulamento extenso de toda a região mandibular direita, perda de peso, disfagia e sialorréia. Ressonância magnética de face com contraste mostrou lesão tumoral em ramo direito da mandíbula, com zonas de necrose entremeadas, calcificações no estroma tumoral, e erosões do côndilo até a região do mento, além de grande extensão da lesão nas estruturas adjacentes, causando grande efeito de massa com imobilidade da língua, trismo e acometimento da fossa infratemporal direita, causando erosões no osso esferoide da base do crânio. Linfonodomegalias em níveis II bilateralmente, com até 21mm, com aspecto de comprometimento secundário. A biópsia sugeriu neoplasia maligna mesenquimal com diferenciação cartilaginosa, podendo corresponder, a um condrossarcoma mesenquimatoso e o perfil imunohistoquímico favoreceu o diagnóstico de condrossarcoma mesenquimatoso (SOX9: positivo em áreas imaturas e cartilaginosas. CD99: positivo difuso nas áreas imaturas. Ki67: positivo em mais de 80% das células neoplásicas). Devido ao acometimento de estruturas vitais, a conduta cirúrgica foi contra-indicada e a quimioterapia foi iniciada com VAC - Vincristina, Doxorrubicina e Ciclofosfamida- e IOF - isofosfamida, porém com baixa resposta. Instituída radioterapia hemostática devido à ulceração exteriorizando em cavidade oral. Apresentava achado de massa pélvica, que em biópsia evidenciou neoplasia fusocelular modernamente diferenciada; imunohistoquímica: o conjunto dos achados morfológicos e de imunohistoquímica favorece neoplasia de origem neural, sugestiva de schwannoma com sinais de senescência (atipias degenerativas) / schwannoma ancião. A positividade extensa para proteína S-100, baixo índice de proliferação celular medida pelo Ki67 e contagem mitótica não relevante fala contra tumor maligno dos nervos periféricos.

Discussão: O condrossarcoma é o segundo tumor ósseo primário mais comum, com mais de 90% dos casos representando o subtipo primário convencional. Condrossarcomas consistem em um diagnóstico comumente relacionados à ressecções pélvicas. O subtipo mesenquimal é uma malignidade rara e de alto grau de ossos ou tecidos moles, com uma histologia única e bifásica e mau prognóstico. Entre as dificuldades diagnósticas estão amostras inadequadas de biópsia, o que pode resultar em erro amostral. O Sox9 foi proposto como um marcador único para condrossarcoma mesenquimal, o que pode melhorar a especificidade diagnóstica.

Comentários finais: O tratamento e o prognóstico variam consideravelmente. Pacientes que recebem cirurgia e quimioterapia parecem ter melhor desfecho. Devido à sua raridade e duração variável de sobrevida livre de doença, a história natural do condrossarcoma mesenquimal permanece pouco compreendida. A sobrevida global do condrossarcoma pélvica (primário ou secundário) foi correlacionada com o grau patológico do tumor.

Palavras-chave: condrossarcoma mesenquimatoso; mandíbula; SOX9.

TCP356 **MEDIASTINETE AGUDA: SERIE DE CASOS**

Autor principal: KELLY SATICO MIZUMOTO

Coautores: LARISSA VENDRAME DE MARCHI, GABRIELA JOSEFA MORAES, GIOVANNA SANTOS PIEDADE, CAMILA BLOSS CORDOVA, PIETRO LUIGI RÖTTA, GABRIELLE PREVIDI PATINO, HENRIQUE MITSUO MURAOKA

Instituição: Hospital Universitario Evangelico Mackenzie

Objetivos: Reiterar a importância do cuidado com a mediastinite por meio de comparação e discussão de 8 casos atendidos pelo serviço de otorrinolaringologia do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie de Curitiba.

Métodos: Estudo retrospectivo descritivo do tipo série de casos baseado na revisão de prontuários de março de 2021 e julho de 2022, período em que foram admitidos no Hospital Universitário Evangélico Mackenzie 8 pacientes que evoluíram com mediastinite.

Resultados: Após revisão da base de dados da instituição foram selecionados 8 casos de investigação para mediastinite aguda durante o período de março de 2021 e julho de 2022. Todos os pacientes passaram por avaliação pela equipe de otorrinolaringologia do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie (HUEM) devido a quadros de abscessos cervicais (62,5% apresentavam abscesso submandibular, 12,5% submentoniano e 37,5% não especificava em prontuário). 62,5% dos pacientes foram encaminhados de Unidades de Pronto Atendimento ao HUEM para avaliação do abscesso, 25% tiveram o parecer solicitado das UTIs e apenas 1 paciente realizou a procura direta em Pronto Socorro. Em relação aos sintomas mais relatados no momento da admissão pela equipe de otorrinolaringologia, 62,5% dos pacientes relataram quadro de abaulamento submandibular e febre, seguido por odinofagia (50%), abaulamento cervical não especificado, trismo e dor ventilatório dependente (37,5%), disfonia, sialorréia, disfagia a sólidos, enfisema subcutâneo em região de abscesso, dispneia e tosse (25%); enquanto abaulamento submentoniano, restrição da mobilidade cervical, hiporexia, otalgia, astenia, dor retromandibular e odontalgia foram relatados somente 1 vez na análise dos prontuários. Todos os pacientes foram submetidos a cervicotomia com drenagem de abscesso e apenas 3 pacientes necessitaram de reabordagem cirúrgica pela equipe. 67,5% tiveram evolução, com confirmação por tomografia de tórax e avaliação pela equipe da cirurgia torácica, para uma mediastinite e 25% dos pacientes evoluíram para óbito.

Discussão: A mediastinite é uma inflamação grave dos tecidos conjuntivos e das estruturas contidas no interior do mediastino, que apresenta alta morbimortalidade. A mediastinite necrotizante descendente provém de infecções da cabeça e pescoço, e é a forma mais letal de mediastinite. Os casos analisados neste estudo foram provenientes de abscessos de cabeça e pescoço, com diversas origens, desde intervenções odontológicas a amigdalites mal resolvidas. Existem poucos dados na literatura sobre as opções de tratamento, apesar da grande importância nos cuidados pós-operatórios, procedimentos odontológicos, endoscopias digestivas altas e infecções da cabeça e pescoço. Neste serviço é preconizada a drenagem de abscessos e antibioticoterapia, associada ou não a corticoides, com monitoramento em leito de UTI quando há sinais de alarme e piora no estado geral do paciente.

Conclusão: A mediastinite é uma condição bastante grave, que deve ter intervenção cirúrgica o mais breve possível para combater o quadro séptico que o paciente rapidamente atinge, pelo seu caráter polimicrobiano. Pelo potencial desfecho fatal dos casos de infecções de cabeça e pescoço, é importante tratá-los de forma correta a fim de eliminar o foco infeccioso o mais rápido possível.

Palavras-chave: mediastinite; abscesso cervical.

TCP357

HEMATOMA CERVICAL PÓS-TROMBÓLISE EM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: RELATO DE CASO.**Autor principal:** LYA MONTALVERNE DE BARROS ALBUQUERQUE**Coautores:** CARLOS TAKAHIRO CHONE, VANESSA CARVALHO DE OLIVEIRA, AMANDA JAYNE GUEDES RISUENHO, TACIANE ADAMI DE ARRUDA, GABRIEL CAETANO DE JESUS**Instituição:** UNICAMP

Apresentação do caso: Paciente 40 anos, sexo feminino, hipertensa e tabagista, quadro de síndrome coronariana aguda e tratamento com trombolise, evoluindo, após dois dias, com abaulamento cervical difuso e doloroso associado a sintomas cervicais compressivos leves como dispneia, disfagia e disfonia. Tomografia computadorizada de pescoço com contraste evidenciou grande coleção moderadamente atenuante e heterogênea em região cervical, em espaços retrofaríngeo com extensão inferior (na altura de T2/T3), em tecidos moles do espaço carotídeo esquerdo, envolvendo e deslocando lateralmente o mesmo, com compressão/trombose da veia jugular interna nesse espaço, além de acometer também hipofaringe (passando entre as cartilagens tireoide e cricóide). Terapias anti-agregantes e anti-coagulantes foram suspensas até a estabilização dos sintomas compressivos e início de redução do hematoma cervical. Optado pela não realização de drenagem cirúrgica devido à pouca repercussão clínica e rápida melhora das queixas iniciais. Ainda durante a internação, medicamentos para infarto foram reintroduzidos, sem rescrudescência do quadro. A paciente evoluiu com regressão total do hematoma cervical.

Discussão: Diante de eventos isquêmicos agudos, a terapia trombolítica tem a capacidade de reduzir a morbidade e mortalidade em pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento de ST. Contudo, o sangramento é um dos efeitos adversos mais temidos. Neste relato de caso, apresentamos uma complicação rara do uso de trombolítico: hematoma cervical. A evolução clínica mimetizou sintomas compressivos de outros acometimentos cervicais agudos como abscesso cervical. Hematoma cervical consiste em uma rara complicação da terapia trombolítica, com poucos casos reportados na literatura.

Comentários finais: Hematoma cervical como complicação pós uso de terapia trombolítica configura um quadro não usual, porém, deve ser aventado no contexto de sintomas cervicais compressivos agudos e histórico de trombolise. A evolução poderá ser rápida e necessita de diagnóstico precoce para proporcionar manejo adequado que poderá ser clínico ou cirúrgico a depender da gravidade dos sintomas compressivos.

Palavras-chave: hematoma cervical; trombolíticos; efeitos adversos.

Autor principal: THAIS AGUIAR BRITO

Coautores: MARIA LUIZA ROHR ZANON, WENDELL ALLAN HANZAWA, VICTOR ENGLER TELLINI E SILVA, AMANDA THIEMY MANO SHIMOHIRA, RENAN CÉSAR DE FREITAS, RAFAELA DESIDERIO SAAD, GUSTAVO FERNANDES DE ALVARENGA

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Apresentação de caso: Homem, 69 anos, trabalhador rural, atendido em ambulatório de otorrinolaringologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP, devido a abaulamento em região submandibular esquerda com 2 meses de evolução, crescimento progressivo, associado a algia local e perda ponderal de 5% do peso. Ao exame físico, massa endurecida em topografia de parótida esquerda, irregular, fixa, lobulada, de cerca de 5 x 3 x 3 cm. Ultrassonografia (USG) cervical evidenciou massa sólida, heterogênea, predominantemente hipoecóica de contornos lobulados, medindo cerca de 4,5 x 3,2 x 3,6 cm, com fluxo vascular presente ao Doppler, além de nódulos globosos e hipoecóicos, medindo entre 0,3 e 1,4 cm, principalmente em região submandibular, sugerindo linfonodomegalia de aspecto atípico. Tomografia computadorizada (TC) de região cervical demonstrava lesão expansiva na glândula parótida esquerda, com captação heterogênea pelo meio de contraste iodado e áreas de degeneração cística / necrótica, medindo 4,7 x 4,2 x 4,0 cm, além de linfonodomegalias no nível II e III à esquerda, a maior medindo 1,7 x 1,1 cm (IIa). Sem alterações significativas em TC de tórax ou face. Realizada punção por agulha fina (PAAF) guiada por USG da tumoração, com achados citológicos compatíveis com neoplasia maligna pouco diferenciada da glândula salivar. A lesão foi estadiada como T4aN1M0. Em reunião multidisciplinar envolvendo otorrinolaringologia, oncológica clínica e radioterapia, foi indicado parotidectomia superficial à esquerda associado à esvaziamento cervical radical modificado das áreas 2, 3 e 4 à esquerda. Em anatomopatológico constatou-se padrão fusocelular, infiltrando parótida esquerda e partes moles, de cerca de 5,7 x 3,6cm, sem invasão perineural ou linfovascular ou metástases em produtos de esvaziamento cervical e com margens livres de neoplasia. Em imunohistoquímica a peça apresentou positividade para SOX 10 e proteína S100, sendo realizado diagnóstico de melanoma de glândula parótida. Após resultado de exame, indicada totalização da parótida.

Discussão: O melanoma, embora seja uma neoplasia relativamente comum na pele, é raro em glândulas salivares. Na literatura, a prevalência do melanoma primário da glândula parótida é em torno de 0.7% de todos os tumores malignos de tal glândula. O diagnóstico tem como padrão ouro a presença de pigmentação de melanina intracelular, porém tal achado só ocorre em cerca de 40-60% dos casos. Em imunohistoquímica, as células do melanoma apresentam as proteínas S100 e HMB45 quase na totalidade dos casos. No relato de caso atual, a positividade para SOX A e S100 foram de fundamental importância para o diagnóstico.

Considerações Finais: Embora seja um tumor raro, o melanoma de parótida deve ser considerado no diagnóstico diferencial das tumorações malignas da parótida. Devido sua alta recidiva e potencial metastático, é de fundamental importância a ressecção com margens cirúrgicas amplas. Deve-se considerar, ainda, sua baixa resposta à radioterapia e quimioterapia.

Palavras-chave: melanoma; parótida; neoplasia.

Autor principal: JOSÉ RILDO FERNANDES DE OLIVEIRA FILHO

Coautores: ALINE OURIQUES FREIRE FERNANDES

Instituição: JRF Cirurgia Plástica Facial

Objetivo: Apresentar um relato de caso de uma paciente de 27 anos que apresentava uma tumoração de 3 meses de evolução em fossa temporal direita causando abaulamento do terço superior da face. Foi submetida a punção aspirativa por agulha fina, a qual se mostrou incapaz de definir o diagnóstico. Indicado ressecção do tumor via acesso temporal abaixo da fáscia temporal profunda confirmando uma neoplasia rara em tecidos moles, sarcoma de Ewing extra-ósseo.

Métodos: Paciente de 27 anos, portadora de neoplasia de rápido crescimento, apresentando abaulamento em parede lateral da órbita direita sem apresentar dor ou sinais flogísticos. Submetida a uma ressonância magnética que mostrava uma tumoração sem planos de clivagem com o músculo temporal direito e preenchia quase toda fossa infratemporal. Foi submetida a acesso cirúrgico com monitorização intraoperatória de nervo facial (ramo temporal) e utilização de bisturi harmônico para contenção de sangramento.

Resultados: A cirurgia transcorreu sem intercorrências, foi feito um acesso cirúrgico temporal sem ultrapassar a linha capilar. A peça saiu em monobloco com parte do músculo temporal. O exame histológico mostrou neoplasia maligna constituída de células pequenas e redondas uniformes, com citoplasma escasso e núcleos com cromatina dispersa e nucléolos discretos. O estudo imuno-histoquímico revelou expressão de CD99 e NKX2.2, corroborando o diagnóstico de Sarcoma de Ewing.

Discussão: O Sarcoma de Ewing é uma doença maligna rara que ocorre mais frequentemente nos ossos, mas também pode ocorrer em tecidos moles (músculos e cartilagem). Acomete principalmente crianças, adolescentes e jovens adultos, tendo o pico de incidência por volta dos 15 anos de idade. A causa do tumor de Ewing não é conhecida, assim como não existem fatores de risco associados ao seu desenvolvimento. Por ser um tumor extremamente raro não existe estudos prospectivos que avaliem seu comportamento. O tratamento é composto de ressecção local + poliquimioterapia podendo associar ou não a radioterapia. A doença deve ser sempre estadiada pois trata-se de uma patologia com potencial muito grande de recidiva, principalmente à distância. O tumor de Ewing não pode ser prevenido ou evitado, uma vez que não é herdado geneticamente e não existe associação com estilo de vida ou ambiente.

Conclusão: Concluímos portanto ser relevante relatar caso tão raro para que sirva de diagnóstico diferencial para as patologias do terço superior da face com envolvimento muscular. A paciente operou conosco no Hospital São Paulo em Araraquara –SP e segue em tratamento quimioterápico e seguimento oncológico no INCA - RJ.

Palavras-chave: sarcoma; ewing; extra-ósseo.

Autor principal: PALOMA DAS DORES COSTA

Coautores: ALEXANDRE JOSE DE SOUSA CUNHA, MARCOS ANTONIO COMERIO FILHO, VITOR COSTA FEDELE, BRUNA FIGUEIRA BRAGA, RODRIGO BARRETO RODRIGUES CONDÉ, ANA PAULA DE SOUZA LIMA, LANA PATRICIA SOUZA MOUTINHO

Instituição: Hospital Naval Marcílio Dias

Apresentação do caso: Mulher, 68 anos, sem comorbidades, queixava-se de hipoacusia e plenitude auricular em ouvido esquerdo com instalação progressiva há cerca de 3 meses sem outros sintomas associados. A audiometria evidenciava perda assimétrica, do tipo neurossensorial de grau leve com configuração descendente leve em ouvido direito e perda mista de grau severo com configuração descendente acentuada em ouvido esquerdo. Curva timpanométrica do tipo A à direita e do tipo B à esquerda. O exame físico revelou a presença de secreção serosa retrotimpânica em ouvido esquerdo e a videonasofibroscopia evidenciou a obstrução de óstio tubário ipsilateral por efeito de massa proveniente da topografia de palato mole. À oroscopia, constatou-se uma tumoração em palato mole à esquerda, indolor, de consistência fibrosa, além de fístula palatina em linha mediana, secundária a abordagem cirúrgica prévia mal informada pela paciente e não documentada. A tomografia computadorizada mostrou massa cística de margens definidas, com extensão até o óstio faríngeo da tuba auditiva e captação heterogênea de contraste endovenoso. A biópsia incisional foi realizada e o exame anatomopatológico evidenciou carcinoma mucoepidermoide de baixo grau. Prosseguiu-se com a exérese da lesão com margem de segurança, correção da fístula palatina e seguimento do caso por 1 ano, com novas avaliações auditivas e resolução da otite média serosa, além da ausência de recidiva da lesão.

Discussão: O relato descreve uma otite média com efusão secundária ao carcinoma mucoepidermoide (CME), tumor que corresponde a cerca de 20% das neoplasias malignas das glândulas salivares menores. Distribui-se uniformemente entre pessoas de 20 a 70 anos, com pico de incidência na 5ª década de vida, é mais comum em mulheres e em indivíduos de cor branca. Os sítios de acometimento mais frequentes são a parótida nas glândulas salivares maiores e o palato mole nas glândulas salivares menores. Em geral, o CME apresenta-se clinicamente como uma tumoração de crescimento lento, cujos sintomas são associados ao efeito de massa da lesão. No caso apresentado, as queixas de hipoacusia e plenitude auricular, associadas ao diagnóstico de otite média com efusão (OME) marcaram o quadro clínico inicial do carcinoma mucoepidermoide. A ocorrência de OME unilateral requer a exclusão das causas de disfunção da tuba auditiva, notadamente, as mecânicas extrínsecas em adultos, como as neoplasias. Desse modo, a realização da videonasofibroscopia pode evidenciar tumores comprimindo o óstio faríngeo da tuba auditiva. No caso do carcinoma mucoepidermoide, a localização, o estágio clínico do tumor e o tipo histopatológico direcionam o tratamento. Usualmente, emprega-se a sua exérese cirúrgica com margem de segurança, associando a radioterapia nos casos mais agressivos. Ao eliminar o fator mecânico obstrutivo que corresponde a um mecanismo de impedimento da abertura tubária, possibilita-se a drenagem das secreções da orelha média, bem como sua proteção e ventilação, o que impacta na etiopatogenia da otite média com efusão.

Comentários finais: Enfatiza-se a importância da anamnese e do exame físico minucioso como ferramentas sensíveis a fim de aventar hipóteses diagnósticas e direcionar o manejo dos casos clínicos. Além disso, a realização da videonasofibroscopia na propedêutica de pacientes com otite média secretora auxilia na identificação de causas de obstrução tubária extrínseca mecânica, com destaque para os tumores malignos, cujo prognóstico favorável está associado, na maioria dos casos, ao diagnóstico precoce.

Palavras-chave: carcinoma mucoepidermoide; glândulas salivares; otite média com derrame.

OCORRÊNCIA SIMULTÂNEA DE CARCINOMA PAPILÍFERO E CARCINOMA MEDULAR DE TIREOIDE RELATO DE CASO

Autor principal: JOSÉ RILDO FERNANDES DE OLIVEIRA FILHO

Coautores: ALINE OURIQUES FREIRE FERNANDES

Instituição: JRF Cirurgia Plástica Facial

Objetivo: Apresentar um relato de caso raro de tumores de tireoide sincrônicos num mesmo paciente. Homem de 54 anos, apresentava uma tireoide multinodular, submetido a punção aspirativa por agulha fina do nódulo maior, confirmou diagnóstico de carcinoma papilífero de tireoide. Foi submetido a uma tireoidectomia total + linfadenectomia cervical do nível 6 do pescoço. O anátomo-patológico confirmou uma lesão simultânea de carcinoma papilífero em lobo direito com um carcinoma medular de tireoide em lobo esquerdo.

Métodos: Paciente de 54 anos, portadora de tireoide multinodular com nódulo de 1,3cm em lobo direito e nódulo de 1,0cm em lobo esquerdo. Função tireoidiana normal. Foi indicada a punção aspirativa por agulha fina no nódulo dominante a direita de 1,3cm. O diagnóstico foi Bethesda 6, positivo para carcinoma papilífero de tireoide. Não foi dosada a calcitonina no pós operatório. Foi indicada uma tireoidectomia total com esvaziamento cervical do compartimento central.

Resultados: A cirurgia transcorreu sem intercorrências, foi realizada monitorização neuro fisiológica transoperatório de nervo laríngeo recorrente. O anátomo-patológico confirmou carcinoma papilífero clássico em lobo direito e uma neoplasia celular fusocelular trabecular e alveolar circunscrita tireoidiana no lobo esquerdo da tireoide. O material foi enviado para estudo imuno-histoquímico. Após 3 semanas o estudo revelou carcinoma medular da tireoide simultâneo ao carcinoma papilífero. Não foram identificados linfonodos comprometidos. O estadiamento foi pT1b pN0 pMx.

Discussão: A ocorrência simultânea de diferentes tipos de carcinoma de tireoide em um único paciente é um evento incomum. Os dois tumores foram claramente separados uns dos outros, representando a entidade pura de cada tipo em cada lobo tireoidiano, sendo carcinoma papilífero a direita e carcinoma medular a esquerda. A cintilografia com radioiodo I-131 pós-operatória mostrou tecido acentuadamente iodocaptante na região cervical anterior, o valor da captação foi 4%, a tireoglobulina estimulada era 5,1, enquanto a calcitonina foi negativa. Recebeu dose ablativa de 50mCi. Não há nenhuma causa comum conhecida desses tipos de tumores diferentes se desenvolverem de forma independente e simultânea.

Conclusão: Concluímos portanto ser relevante relatar caso tão incomum para que sirva de aprendizado para os colegas, e torne a dosagem de calcitonina, um exame diagnóstico dentro da rotina dos tumores da tireoide. Neste caso poderia facilitar o diagnóstico e mudar a abordagem para tireoidectomia total com esvaziamento cervical dos níveis II a VI, certamente mais apropriado para tratamento do carcinoma medular. Paciente segue em acompanhamento oncológico com tireoglobulina zerada (0,10) e calcitonina abaixo de 2,0.

Palavras-chave: CA medular; ca papilífero; sincrônicos.

Autor principal: AUGUSTO RIEDEL ABRAHAO

Coautores: MARIANA CASTANHO RISSO, THATIANA GUERRIERI, LARISSA FUJI, GIOVANNA DE CASTRO PICELLI

Instituição: UNIFESP-EPM

Apresentação de caso: ID: Paciente feminina de 30 anos, casada, procedente de São Paulo, Brasil.

QD: Abaulamento cervical em linha média há 1 mes

HPMA: Paciente vem em consulta com a cabeça e pescoço encaminhada pela ginecologista em abril de 2022, para avaliação de massa cervical em linha média. Relata aumento de volume cervical com duração de 10 dias e teve regressão espontânea, após episódio de amigdalite. Paciente negou sintomas como disfagia, disfonia ou emagrecimento.

IDA: nada digno de nota

AMP: SOP em uso de ACO

AMF: nada digno de nota

HV: sem vícios

Exame otorrinolaringológico sem alterações e nódulo não palpável ao exame físico. Durante a investigação realizou exame de ultrassonografia da tireoide, sendo o nódulo tireoideano de 1,0cm com microcalcificações, classificado como TIRADS 5, conforme exame abaixo.

Frente a tal suspeita ultrassonográfica foi indicado exame citológico de punção aspirativa por agulha fina realizado em fevereiro, o qual concluiu: tecido escamoso suspeita de cisto branquial intratireoideano. Retornou com os exames em abril e, diante do achado, foi levantada hipótese diagnóstica de cisto branquial de 4a fenda intratireoideano e indicado hemitireoidectomia em junho do mesmo ano, com congelação e se maligno totalizar.

No intra operatório identificada lesão cística no lobo tireoideano esquerdo, que foi submetida à congelação com resultado benigno, optado, portanto, pela hemitireoidectomia. No anatomopatológico foi evidenciado cisto epitelial intratireoideano revestido por epitélio escamoso estratificado, sendo confirmada hipótese diagnóstica prévia de Cisto Branquial de 4a fenda. Paciente com ótimo seguimento sem complicações. No momento sem necessidade de reposição de hormônio tireoideano (T4livre: 1,3ng/dL)

Discussão: Os cistos de fenda branquial são tumores benignos congênitos localizados em sua maioria na região cervical lateral e são decorrentes de uma anormalidade no desenvolvimento embrionário dos arcos faríngeos. A maioria dos casos se desenvolve na infância após uma infecção de vias aéreas superiores, embora também possa afetar pacientes na terceira década de vida (ref1). Os cistos mais comuns são os de 2a fenda branquial localizados logo abaixo do ângulo da mandíbula e anterior ao músculo esternocleidomastóideo. É possível que estes cistos tenham origem em outras fendas, o cisto branquial do 4º arco faríngeo, são extremamente raros, em torno de 45 casos na literatura. Podendo se manifestar de diferentes formas como fístula no seio piriforme, infecções da linha média recorrentes, sendo assim um desafio diagnóstico para o otorrinolaringologista/ cirurgião de cabeça e pescoço.

O cisto branquial de 4º arco é sempre um desafio diagnóstico devido a sua raridade e a sua variação na Apresentação clínica. No caso apresentado a história clínica não sugere tal diagnóstico uma vez que não apresentava infecções de repetição e sua faixa etária estava fora do período de maior incidência. Além da anamnese não sugerir cisto branquial, seu exame de imagem nos revelou uma suspeita de malignidade pela escala ultrassonografica de Tirads e apenas o exame citológico nos trouxe a hipótese diagnostica e justificou o episodio de abaulamento cervical durante o quadro de amigdalite com melhora apos a resolucao do quadro infeccioso. Na literatura podemos encontrar relatos de cisto branquial de 4 arco que iniciaram sua Apresentação clínica com abscesso cervical ou infecções laríngeas de repetição com presença de fístula em seio piriforme ou tireoidite subaguda podendo levar até mesmo a abscessos intra tireoideanos. Logo, a investigacao citologica foi primordial no tratamento.

Comentários finais: Com esse relato queremos trazer em discussão que uma patologia benigna quando diagnosticada precocemente tem um tratamento simples e eficaz sem sequelas ao doente no entanto, por se tratar de uma hipótese diagnóstica difícil de ser lembrada pode acarretar em sequelas como:

Abscesso cervical de repetição; Fistulizacao para pele; Formação de necrose em tecido tireoideano; Neurite do laríngeo recorrente; Lesões vasculares; Crise tireotóxica.

Palavras-chave: cisto branquial; tireoide; 4 arco.

Autor principal: AUGUSTO RIEDEL ABRAHAO

Coautores: THATIANA GUERRIERI, LARISSA FUJI, MARIANA CASTANHO RISSO, GIOVANNA DE CASTRO PICELLI

Instituição: UNIFESP-EPM

Apresentação dos casos: Paciente 1: Feminina, 31 anos, procedente de Barueri, São Paulo, Brasil, previamente hígida e sem antecedentes familiares relevantes. Paciente vem em consulta com a cabeça e pescoço encaminhada do Hospital Estadual de Barueri com história de emagrecimento há 6 meses, fratura patológica em úmero direito há 3 meses após queda da própria altura e com lesão cística em tomografia de tórax. Ao investigarmos o metabolismo do cálcio encontramos PTH > 2000, FA 1208, P 2,4 e Cat 15,2 sendo feito então o diagnóstico de hiperparatireoidismo primário e provável neoplasia de paratireoide. Optou-se pela ressecção em junho de 2022 e no per-operatório identificamos aderência e invasão do nervo laríngeo recorrente, esôfago e musculatura adjacente, sendo necessária realização de shaving do nervo e do esôfago, assim como ressecção com margem da musculatura. No exame anatomopatológico compatível com carcinoma de paratireoide. Paciente com ótimo seguimento sem complicações.

Paciente 2: Masculino, 44 anos, procedente de São Paulo, Brasil, previamente hígido e sem antecedentes familiares relevantes. Vem em consulta com a equipe de Cabeça e Pescoço devido à Nefrolitíase de repetição (3 episódios) a fim de elucidar possíveis etiologias. Nega demais alterações clínicas. Exame otorrinolaringológico sem alterações. Foi solicitado perfil de cálcio e dosagem de PTH, os quais se apresentavam elevados, cálcio sérico 12,8 mg/dL, cálcio iônico 1,62 mmol/L e PTH 159 pg/mL. Em exame de cintilografia foi identificada imagem hipercaptante em uma glândula paratireoide direita, sendo programada paratireoidectomia. Durante a intervenção cirúrgica, houve queda do PTH de 150 para 18 pg/mL. O material foi encaminhado para o anatomopatológico, constatando-se Carcinoma de paratireoide de baixo grau.

Discussão: O Carcinoma de paratireoide possui uma baixa incidência, sendo responsável por cerca de 3% dos casos de Hiperparatireoidismo primário. Entretanto, apesar de raro, sua clínica é muito variável, o que pode ser observado nos relatos apresentados neste trabalho, que divergem quanto às manifestações clínicas.

No segundo caso, temos uma paciente com um quadro de nefrolitíase de repetição, em que foi diagnosticado Hiperparatireoidismo primário após solicitação de exames laboratoriais e cintilografia das paratireóides, localizando a provável glândula doente. No intraoperatório, identificou-se a glândula e a ausência de invasão do nervo laríngeo inferior e/ou do esôfago, com apenas invasão da musculatura adjacente, prosseguindo com sua ressecção. Observou-se uma queda do PTH intraoperatório de 85% em um intervalo de 15 minutos, já no primeiro caso, paciente com um histórico de fraturas patológicas, culminando na investigação do metabolismo do cálcio, o que identificou o Hiperparatireoidismo primário. A glândula doente também foi localizada por exames de imagem, no entanto, o Carcinoma apresentava-se aderido e com invasão do nervo laríngeo recorrente, bem como do esôfago e da musculatura adjacente. Tal achado intraoperatório levou à necessidade de shaving do nervo e do esôfago, além de ressecção da margem na musculatura adjacente.

O presente relato deseja trazer em discussão é a ampla diversidade de manifestações clínicas frente a uma mesma patologia: Carcinoma de paratireoide. No momento, não existem protocolos estabelecidos quanto a um seguimento oncológico rígido para tal doença, devido a pequena quantidade de casos relatados disponíveis na literatura. Existe uma dúvida se estes pacientes merecem o mesmo segmento ou é necessário segui-los de forma diferenciada, uma vez que a agressividade da patologia é diferente entre elas. Pode-se fazer um paralelo com o Carcinoma papilífero de tireoide, onde cada paciente é enquadrado em um risco de recidiva tumoral, implicando em distintas formas de seguimento.

Comentários finais: Evidentemente, a partir dos dois relatos de caso, não há intenção em estabelecer um risco de recidiva ou um protocolo formal de seguimento para Carcinoma de paratireóides, no entanto é necessário enfatizar que o diagnóstico tardio traz sequelas seja no diagnóstico inicial ou de metastases.

Palavras-chave: carcinoma; paratireoide; seguimento oncológico.

Autor principal: VICTOR ENGLER TELLINI E SILVA

Coautores: LUMA DE OLIVEIRA MORAIS, RENAN CÉSAR DE FREITAS, WESLEY MARTINS QUESSADA ARRUDA, RAFAELA DESIDERIO SAAD, PAULO RENATO BARCHI, PEDRO HENRIQUE CARRILHO GARCIA

Instituição: FAMERP

Apresentação de caso: Paciente masculino, de 40 anos, da entrada em pronto atendimento do Hospital de Base de São José do Rio Preto devido a queda do andaime e apresentando epistaxe nasal. Equipe da cirurgia do trauma solicita parecer para equipe otorrinolaringologia devido ao quadro de obstrução nasal referida pelo paciente somado a epistaxe. Durante avaliação clínico foi observado massa gelatinosa preenchendo toda cavidade nasal a esquerda. Durante a entrevista paciente relatou apresentar obstrução nasal à esquerda há pelo menos um ano, associado a rinorreia ipsilateral de aspecto hialino, epistaxes autolimitadas, facialgia em região maxilar à esquerda. Além disso relatou visão turva em olho ipsilateral há 1 mês. Durante exame nasofibrocópico foi observado grande quantidade de secreção de aspecto gelatinoso e acinzentado, que impedia progressão de aparelho, sendo possível visualizar apenas meato e corneto inferiores. Em tomografia computadorizada (TC) de face de outubro de 2021 notava-se lesão intenso realce após infusão do contraste iodado endovenoso, medindo aproximadamente 6,4 x 5,0 x 2,7 cm com compressão sobre as estruturas ósseas adjacentes e discreta erosão da porção anterior da parede medial da órbita esquerda (lâmina papirácea) com interface de contato da lesão com a gordura peri-orbitária adjacente e com extensão da lesão para o interior do seio maxilar esquerdo. Em ressonância magnética (RM) de face de mesmo mês notava-se grande lesão expansiva com hipersinal em T2, aparente estrias de hipossinal de permeio e com intenso realce pelo contraste ocupando toda a cavidade nasal à esquerda com extensão para a unidade ostiomeatal. Conteúdo hiperintenso em T2 no interior do seio maxilar esquerdo, seio esfenóide e seio frontal à esquerda. Paciente foi submetido a biópsia de tumor nasal por via endoscópica, associada a meatotomia média à esquerda. O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de carcinoma adenoide cístico com atipia de baixo grau e padrão cribriforme (70%), padrão tubular (20%) e menos de 10% de padrão sólido, sem invasão de estruturas ósseas. Como tratamento foi idealizado maxilectomia parcial medial com ressecção de parede lateral nasal à esquerda com acesso a Weber Fergusson com radioterapia adjuvante. Em anatomopatológico pós cirúrgico demonstrou margens livres da lesão, sendo a ressecção em R0. Seguido de 60 Gy de radioterapia. Após 1 ano de seguimento, foi observado presença de remanescente de lesão ou recidiva, em exames tomográfico. Sendo optado por nova cirurgia, visando exérese de lesão e ampliação de margens. Novamente, congelação e anatomopatológico com margens livres de neoplasia. Em TC de face de julho de 2022 sem novas lesões.

Discussão: O CAC, embora seja uma das principais etiologias de cânceres de glândulas salivares, mostra-se como uma neoplasia maligna extremamente rara ao se localizar em cavidade nasal e seio maxilar, sendo muitas vezes diagnosticado por meio de um achado tomográfico. Corroborar-se com este relato literário, visto que paciente não havia internado devido as queixas nasossinais.

Considerações Finais: O Carcinoma Adenoide Cístico (CAC) consiste em um tumor maligno geralmente situado em glândulas salivares, sendo sua localização em cavidade nasal e seio maxilar extremamente rara. O CAC de tais localidades apresenta crescimento insidioso mas com comportamento maligno e agressivo, tendendo a invasão perineural. Devido a baixa incidência e pobreza de sintomas específicos aos CAC de seios paranasais, a maior parte de seu diagnóstico tende a ser tardio. Por isso, é de suma importância atentar-se ao diagnóstico precoce e manejo correto do carcinoma adenoide cístico.

Palavras-chave: carcinoma adenoide cístico; seio maxilar; Weber Fergusson.

Autor principal: JOAO PEDRO SAMPAIO VIEIRA

Coautores: CRISTIAN KAEFER, MARIA NAIR PETRUCCI BARBOSA, LUIZ CEZAR DA SILVEIRA, FELIPPE MAGIOLLI LIMA, RAÍSA ARUME DE SOUZA, ALICE WERNECK SILVA, ANA CRISTINA COSTA MARTINS

Instituição: PUC RIO

Apresentação do caso: Paciente adulto, gênero masculino, 58 anos, soropositivo para o vírus HIV com carga viral indetectável, diabético tipo 2, em uso de Metformina e Glibenclamida, cessou tabagismo há 30 anos, comparece para consulta otorrinolaringológica com queixa de otalgia bilateral e otorréia à direita, há 2 meses. Durante o exame físico, foi observado em orelha esquerda otoscopia normal. Ouvido esquerdo com perfuração central de membrana timpânica e secreção purulenta em conduto auditivo externo. Rinoscopia com hipertrofia de cornetos inferiores bilaterais, sem desvio septal, mucosa nasal levemente pálida. Na oroscopia foi identificado grande massa vegetante ulcerada, endurecida, hiperemiada e indolor a palpção em tonsila esquerda, com desvio da úvula. Presença de linfonodomegalia palpável em região submandibular à esquerda, não doloroso. Após o exame físico, o paciente relatou leve odinofagia e sensação de corpo estranho há 6 meses, porém não procurou atendimento. Desse modo, foi realizado biópsia de tonsila esquerda, sob anestesia local com lidocaína spray 10% e coletado material para análise histopatológica. O resultado da amostra evidenciou Carcinoma Epidermóide pouco diferenciado. Foram solicitados tomografia computadorizada de pescoço e de mastóides e posterior encaminhamento para serviço especializado.

Discussão: O câncer de orofaringe refere-se a um conjunto de neoplasias malignas que envolvem o acometimento do palato mole, das tonsilas, da base da língua, das paredes da faringe e da valécula. Dentre as neoplasias malignas de orofaringe, destacam-se os tumores da região tonsilar, sendo estes os mais frequentes das vias aerodigestivas superiores. Os tipos histológicos são carcinoma epidermóide (o mais comum), carcinoma indiferenciado (linfoma de Regaud) e adenocarcinoma, muito raro na região amigdaliana. O mais comum é o carcinoma epidermóide diferenciado. No Brasil o índice de identificação de lesões malignas iniciais na boca é muito baixo, correspondendo a menos de 10% dos casos diagnosticados. Entre as características dos indivíduos acometidos, temos o sexo masculino como o mais frequente. Quanto à idade de maior incidência, vê-se que tais neoplasias são raras em paciente com menos de 40 anos, sendo mais comum entre os 50 e os 70 anos de vida. Alguns estudos desmonstram associação do carcinoma de orofaringe com infecção viral pelo papilomavírus humano, sorotipo 16, além do tabagismo. O diagnóstico do câncer de orofaringe requer necessariamente biópsia da lesão suspeita, sob anestesia, com envio do material coletado para análise histopatológica. O segundo passo é o estadiamento da neoplasia através de exames de imagem, avaliando as dimensões do tumor primário e sua possível disseminação metastática. A ressonância magnética com contraste é o exame de preferência para delimitação do tumor primário e na análise de tecidos moles adjacentes, enquanto a tomografia computadorizada é mais útil na avaliação da disseminação linfonodal e da invasão óssea. O estadiamento do tumor primário segundo os critérios TNM é quem definirá as vias de tratamento e o prognóstico da doença. O carcinoma epidermoide, também denominado carcinoma espinocelular (CEC) da orofaringe podem ser tratados com cirurgia primária ou com terapia de radiação definitiva (RT). A cirurgia primária e a RT produziram taxas de controle e sobrevivência semelhantes. As técnicas minimamente invasivas, como a microcirurgia a laser (TLM) e a cirurgia robótica (TORS), fizeram com que a ressecção de cânceres orofaríngeos iniciais fosse viável e bem tolerada.

Considerações Finais: O caso apresentado foi concordante com a incidência etária e de gênero, sendo o paciente do gênero masculino e situado na faixa de idade entre 50 a 70 anos. Apresentava, também, tabagismo como fator de risco. A otalgia que o paciente referia não têm associação direta com a neoplasia. Entretanto, chamemos atenção para o exame físico minucioso, seguido pela biópsia, no qual o diagnóstico e o tratamento precoce são primordiais no melhor prognóstico do paciente.

Palavras-chave: carcinoma epidermoide; tonsila palatina; otalgia.

TCP366

ADENOCARCINOMA POLIMORFICO DE BAIXO GRAU: RELATO DE CASO ATÍPICO EM AMIGDALA

Autor principal: LEONARDO MOREIRA LEITE LEAL

Coautores: PABLO PINILLOS MARAMBAIA, PRISCILLA FALCON LACERDA, MILENA REGO MENEZES MARQUES, DANILO FRANCISCO DOS SANTOS DE LEMOS, LAISE ARAUJO AIRES DOS SANTOS, BRUNO TOURINHO ARGOLO ARAUJO, ISABELA MOREIRA GARZEDIM SANTOS

Instituição: INOOA

Relato de caso: R.N.S., 36 anos, sexo masculino, previamente hígido, comparece em serviço de otorrinolaringologia, assintomático, com relato de aumento da amígdala direita. Negava tabagismo, porém relatava etilismo social.

Á oroscopia, evidenciado assimetria amigdaliana importante, maior a direita, com volume nodular, sem alteração de coloração ou áreas ulcero-necróticas.

Já trazia resultado de ressonância magnética (RNM) de face solicitada por médico clínico assistente que evidenciava lesão focal sólida inespecífica, localizada em amígdala direita e linfonodos discretamente aumentados em nível II-A. Tomografia de pescoço evidenciava proeminência numérica de linfonodos nas cadeias I, II e III, bilaterais, sem sinais de necrose central ou ruptura cortical.

Realizado biópsia cujo anatomopatológico evidenciou Adenocarcinoma Polimórfico de Baixo Grau (APBG). Paciente encaminhado para ressecção cirúrgica ampliada e posterior acompanhamento oncológico

Discussão: O APBG é uma neoplasia maligna incomum que ocorre quase exclusivamente nas glândulas salivares menores, o qual acomete principalmente palato. É mais comum em mulheres entre 50-80 anos. Clinicamente é assintomático, de aspecto nodular e de crescimento lento.

Tumores amigdalianos no geral são os mais prevalentes das vias aero digestivas superiores. É uma patologia mais frequentes nos homens, na faixa etária entre 50 e 75 anos, sendo raro antes dos 40 anos. Os principais fatores de risco são a associação entre tabagismo e etilismo crônicos, má higiene oral e infecção pelo vírus HPV.

Os tipos histológicos mais frequentes são os Carcinomas Epidermóides, seguido pelos Carcinomas Indiferenciados, e por último, o Adenocarcinoma.

Parte dos pacientes podem permanecer assintomáticos, mas naqueles com doença mais avançada os sintomas mais comuns são odinofagia e disfagia, podendo ocorrer também perda de peso, otalgia, globus faríngeo e trismo.

O diagnóstico se dá sempre por biópsia com posterior análise anatomopatológica.

Exames complementares como videonasolaringoscopia, RNM e TC de pescoço devem ser solicitados para realizar o estadiamento da lesão. O tratamento consiste na exérese cirúrgica e radioterapia.

Considerações Finais: O APBG é uma neoplasia maligna típica de glândulas salivares de baixa agressividade, normalmente assintomática. Raramente acomete a amígdala e há raros casos descritos. O caso relatado traz o tipo histológico menos comum de neoplasia amigdaliana em um paciente fora da faixa etária mais prevalente e sem fatores de risco evidentes.

Dessa forma, é importante sempre nos manter vigilantes no exame físico quanto à presença de assimetria amigdaliana e consideramos a realização de biópsia com anatomia patológica.

Palavras-chave: adenocarcinoma; amígdala; tonsila.

TCP367

CISTO BRONCOGÊNICO EM LÍNGUA: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**Autor principal:** GABRIELA ALCOFORADO DE ABREU**Coautores:** MARINA FARIA FIGUEIREDO, THOMAS PETER MAAHS, LEONARDO ZANETTI FLORIAN, SHELBY DULAC STEFFEN, LUCIANE MAZZINI STEFFEN, GERSON SCHULZ MAAHS, NEDIO STEFFEN**Instituição:** HSL PUCRS

Apresentação do caso: Paciente MCV do sexo feminino, 1 ano e 6 meses de idade, com história de lesão em língua, notada pelos pais há 6 meses, a princípio assintomática exceto pelo grande volume. Relatam que o paciente já havia operado lesão similar anteriormente, no mesmo local, na ocasião tendo sido definida hipótese diagnóstica de rânula lingual. Realizou exame de ultrassonografia, que identificou lesão cística de 2,6 x 2,1 x 2,2cm situada na linha média, sugestiva de cisto dermoide ou epidermoide. Foi realizada exérese do cisto encapsulado sob anestesia geral e o material foi enviado para anatomopatológico. O resultado foi de cisto revestido por epitélio colunar pseudoestratificado ciliado com focos de metaplasia escamosa, compatível com cisto broncogênico.

Discussão: Cistos broncogênicos são malformações congênicas raras, geralmente assintomáticas, a partir do intestino primitivo. Em menos de 1% dos casos essas lesões se localizam na cabeça e no pescoço, sendo mais comuns as localizações mediastinais e pulmonares. Há poucos relatos de casos no mundo de cistos broncogênicos na língua. A suspeita deve ser levantada quando houver lesão cística, bem delimitada nessas regiões, sendo o diagnóstico final dado por histologia, cujos critérios básicos são: ser revestido por camada de músculo liso, contendo epitélio derivado do intestino anterior e ser anexado a uma porção do intestino anterior. Exames de imagem como ressonância magnética e tomografia podem ser úteis para verificar limites e tamanho do cisto e programar cirurgia, mas não são essenciais para o diagnóstico.

Outras nomenclaturas encontradas para essas lesões são de cisto lingual mediano anterior, cisto heterotópico, enterocistoma e cisto remanescente do intestino primitivo, o que acaba por dificultar a análise do real número de casos descritos.

A evolução dos casos descritos é semelhante, normalmente apresentando-se como uma massa bem delimitada de crescimento progressivo e assintomática, podendo causar dificuldade de fala ou de alimentação a depender do volume. O tratamento deve ser realizado através de exérese total da lesão. Não foram encontrados relatos de recidiva nos casos estudados.

Conclusão: As lesões císticas da língua compreendem diversos diagnósticos, devendo-se considerar a possibilidade de cisto broncogênico, apesar da baixa incidência destes na literatura. Pode-se realizar exame de imagem, principalmente a ressonância magnética, porém sem importância para o diagnóstico, o qual depende de exame anatomopatológico. O tratamento desses casos deve ser sempre realizado através de exérese total do cisto com a cápsula. Não havia, até o momento, relatos de caso sugerindo recidiva dessas lesões.

Palavras-chave: cisto broncogênico; cirurgia de cabeça e pescoço; malformação congênita.

Autor principal: NATÁLLIA BOFF DE OLIVEIRA

Coautores: VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ, CAROLINA SARCINELLI SPINELLI, LAURA REGYNA TOFFOLI ROSO, MARCELO EMIR REQUIA ABREU, RODRIGO DE CASTRO MENEZES, ISABELA ABREU BRINCKMANN

Instituição: ULBRA

Apresentação do caso: D.K.R, masculino, 17 anos, encaminhado ao ambulatório de otorrinolaringologia de hospital terciário por queixa de epistaxe há um ano que nos últimos meses passou a apresentar aumento progressivo de volume e frequência dos episódios, associados à queixa de obstrução nasal. Ao exame físico por meio de nasofibrolaringoscopia, evidenciou-se lesão com aumento de vascularização em fossa nasal esquerda, não sendo possível visualizar a inserção da mesma, com meato médio livre. E na fossa nasal direita visualiza-se presença de obstrução em rinofaringe pela massa. Solicitou-se tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) de seios de face e angiorressonância de crânio, que evidenciaram lesão expansiva com densidade de partes moles e intensa impregnação pelo meio de contraste, centrada na porção posterior da fossa nasal esquerda, com extensão à rinofaringe posterior, medindo 3,8 x 2,8 cm nos maiores eixos axiais e 4,4 cm no eixo longitudinal, determinando obstrução à passagem aérea. Além disso com extensão para a coana à esquerda, assim como parte da porção posterior da rinofaringe à direita, que determina obliteração da fossa de Rosenmüller. Posteriormente, a lesão apresenta contato com o espaço retrofaríngeo, especialmente à esquerda, junto à fossa de Rosenmüller. Caso foi abordado inicialmente com tentativa de exérese de lesão em procedimento endoscópico nasal, porém a lesão encontrava-se muito friável com hemorragia de grande monta e difícil ressecção, sendo optado por envio de fragmentos da lesão para exame anatomopatológico e interrupção do procedimento. O resultado do anatomopatológico foi compatível com angiofibroma nasofaríngeo. Paciente foi encaminhado para o ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço com objetivo de programar cirurgia aberta para retirada de lesão através da técnica de swing de maxila procedida por embolização da lesão um dia antes do procedimento. Por meio da abordagem aberta foi possível a retirada completa da lesão sem intercorrências durante o procedimento. Atualmente o paciente mantém acompanhamento ambulatorial, apresentando boa evolução clínica, sem novos episódios de epistaxe ou obstrução nasal.

Discussão: O angiofibroma nasofaríngeo é um tumor benigno, altamente vascularizado e raro, com uma incidência relatada variando de 1 em 150.000 a 1 em 1500.000 pessoas. Acomete quase que exclusivamente adolescentes do sexo masculino, principalmente entre os nove e 25 anos de idade. Os pacientes costumam apresentar obstrução nasal crônica e epistaxe recorrente unilateral, podendo apresentar outras queixas como rinorreia, trismo, diplopia e dor e/ou deformidade facial, secundários à disseminação do tumor. Ao exame físico, costuma-se encontrar uma massa na cavidade nasal firme, friável, hipervascularizada, predominantemente na nasofaringe posterior. Geralmente são originadas na margem superior do forame esfenopalatino e podem se expandir para a base do crânio e via intracraniana por meio de erosão óssea. Seu diagnóstico deve ser feito a partir da suspeita clínica e comprovado por exames de imagem, preferencialmente por TC ou RM. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica completa da lesão, geralmente precedida de embolização pré-operatória. A cirurgia pode ser endoscópica, aberta ou combinada, cabendo ao cirurgião decidir conforme a localização e o tamanho do tumor.

Comentários finais: A individualização do tratamento é essencial para definir a melhor abordagem cirúrgica para cada paciente. No caso relatado, optou-se por realizar o swing maxilar após falha da ressecção via endoscópica e devido à extensão da lesão. Por se tratar de uma cirurgia aberta e com grandes riscos de sangramento devido a hipervascularização do tumor, realizou-se a embolização da artéria pré-operatória, possibilitando que a cirurgia ocorresse sem sangramentos consideráveis. Desse modo, foi possível realizar uma maior exposição do tumor devido a escolha da técnica cirúrgica e melhor controle vascular pela embolização pré-operatória, conseguindo-se uma exérese completa da lesão.

Palavras-chave: angiofibroma nasofaríngeo; swing maxilar; relato de caso.

Autor principal: HENRIQUE GONÇALVES DUCHINI

Coautores: MARIANA CAROLINA CUNHA MACHOSKI, CAMILA SCHREIBER BORTOLAZZA, LUIZ FELIPE ROECKER CECCON, FLÁVIA EMILLY RODRIGUES DA SILVA, MATHEUS DO NASCIMENTO JAMUR, LOURIMAR DE MOURA MOREIRA, CRISTIANO ROBERTO NAKAGAWA

Instituição: Hospital Santa Casa de Curitiba

Apresentação do caso: Masculino, 51 anos, pardo, sem comorbidades, tabagista 10 maços.ano, procura atendimento por abaulamento em face com evolução de 1 ano. Relatava início abrupto, sem fatores causais, com crescimento progressivo. Negava sintomas consumptivos, dor ou demais queixas. Ao exame físico, apresentava massa em face à esquerda, fibroelástica, não aderida à planos profundos, sem linfonodomegalias palpáveis em cadeia cervical. Realizado RM que demonstrou nódulo homogêneo, de contornos regulares, hipossinal em T1 e hiperossinal em T2 com restrição à difusão, sem realce por meio de contraste, localizado no espaço mastigatório esquerdo com amplo contato com masseter, medindo 42 x 26 mm. Submetido a exérese via acesso lifting. Laudo do anatomopatológico indicou neoplasia fusocelular constituída por feixes longos de células permeados por vasos sanguíneos com sinais de hemorragia antiga multifocais. Necessitando de imunohistoquímica para complementação que evidenciou como diagnóstico final de melanoma metastático em tecido fibroadiposo e muscular. Paciente foi encaminhado para dermatologia e oncologia clínica para investigação de foco primário e estadiamento.

Discussão: O melanoma é um dos tipos mais agressivos de câncer de pele, responsável por 75% das mortes por estas neoplasias e com incidência crescente nas últimas duas décadas. São geralmente diagnosticados pela avaliação de manchas suspeitas na pele, ou de modificações de manchas preexistentes. A ausência de lesões de pele identificáveis, com presença de melanoma confirmado no tecido subcutâneo, muscular ou linfático, caracteriza o melanoma de sítio primário desconhecido e responde por cerca de 3% dos casos diagnosticados. A metástase muscular solitária é rara, e ocorre em menos de 1% dos casos. Segundo o INCA o melanoma é mais incidente em pessoas após os 40 anos e em brancos. Nos negros e pardos, como o paciente acima citado, costumam apresentar lesões em áreas mais claras como palma de mãos e planta de pés. É um câncer que costuma ser lembrado devido ao seu alto índice de metástase para diversos órgãos e em muitas vezes longe do seu foco primário. Em alguns casos a lesão inicial sofre regressão e seu sítio primário nunca é encontrado.

Comentários finais: O relato demonstra a importância da abordagem cirúrgica em nódulos de cabeça e pescoço que não podem ser bem caracterizados através do exame físico, história clínica, métodos de imagem ou de biópsia.

Palavras-chave: melanoma metastático; câncer metastático de sítio primário oculto; tumores de cabeça e pescoço.

TCP370

CISTO DO DUCTO TIREOGLOSSO COMO ACHADO DURANTE CIRURGIA DE URGÊNCIA DE FRATURA DE LARINGE E DE FACE

Autor principal: LUCAS YAMADA KUROSAKI

Coautores: BRUNO MARCOS ZEPONI FERNANDES DE MELLO, CARLOS SEGUNDO PAIVA SOARES, ANA BEATRIZ CARDOSO PEREIRA, EDUARDO MODENESI FELICIO, JOSÉ PAULO PINOTTI FERREIRA JUNIOR, ALEXANDRE PALARO BRAGA, JOSE VICENTE TAGLIARINI

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Apresentação do caso: Paciente masculino, 18 anos, dá entrada na emergência do Hospital das Clínicas de Botucatu após trauma moto x anteparo fixo com fratura exposta de mandíbula e fratura de laringe. Realizada cirurgia em caráter de urgência e, após cervicotomia para acesso da laringe, visualizado cisto com cerca de 3 centímetros e abaixo do osso hióide. Feito então exérese do cisto, redução da fratura e rafia das cartilagens laríngeas, traqueostomia e osteossíntese de mandíbula. Enviado material para anátomo-patológico e confirmado a hipótese inicial de cisto do ducto tireoglosso. O paciente permaneceu internado em UTI por um mês devido sequelas neurológicas temporárias e, em acompanhamento ambulatorial, foi realizado decanulação após confirmação da recuperação do trauma laríngeo. Em relação ao trauma de face, houve êxito na osteossíntese e o paciente voltou às atividades laborais e diárias sem grandes sequelas.

Discussão: Em adultos, o aparecimento do cisto do ducto tireoglosso geralmente se dá após um episódio de infecção de vias aéreas superiores quando ele se torna infectado. Porém, no caso do paciente acima foi achado durante uma cirurgia de urgência. O tratamento do cisto nesses casos é cirúrgico e, como foi feita uma cervicotomia, optado pela exérese do cisto. A prevalência na população geral é cerca de 7%, sendo esta a alteração congênita mais frequente do desenvolvimento da tireoide. Apesar de, na maioria das vezes, tratar-se de uma lesão benigna, há uma pequena chance de malignidade, a qual é de difícil diferenciação pelo exame clínico e complementar. Portanto, a exérese cirúrgica é a melhor opção quando há confirmação dessa patologia.

Comentários finais: O cisto do ducto tireoglosso, apesar de mais raro na população adulta, foi achado no paciente deste caso durante cirurgia de urgência. Foi optado pela exérese do cisto durante o procedimento pois a melhor conduta quando há suspeita dessa patologia é sua remoção. Após cirurgia e internação em UTI, o paciente evoluiu bem, voltando às suas atividades rotineiras.

Palavras-chave: cisto do ducto tireoglosso; fratura de laringe; trauma de face.

TCP371

RINECTOMIA TOTAL: CIRURGIA DE EXCEÇÃO PARA TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA DE PIRÂMIDE NASAL**Autor principal:** MARTINA VITÓRIA FLACH DIETRICH**Coautores:** THOMAS PETER MAAHS, BERNARDO DO PRADO RIBEIRO, MARINA FARIA FIGUEIREDO, GUSTAVO GUTHMANN PESENATTO, JULIA TONETTO PORTO, LEONARDO ZANETTI FLORIAN, GERSON SCHULZ MAAHS**Instituição:** Hospital São Lucas da PUCRS

Apresentação do caso: G.P, masculino, 47 anos, procedente de Boqueirão do Leão, Rio Grande do Sul, Brasil, previamente hígido, procura atendimento em 31/01/22 por grande deformidade da pirâmide nasal, de crescimento lento e progressivo, com seis anos de evolução e associada à obstrução bilateral. Relata história pregressa de duas cirurgias com ressecção de lesão em asa nasal, em 2008 e em 2009. O anatomopatológico de ambos procedimentos evidenciou Siringoma. Realizou follow-up pós operatório com o médico assistente até 2010, sem sinais de recidiva tumoral. Não obstante, perdeu seguimento nos anos subsequentes. Na avaliação inicial foi solicitada Tomografia Computadorizada de Seios da Face e indicada Rinectomia Total pelas dimensões da lesão, além da presença de invasão de tegumento. A cirurgia foi realizada no dia 12/04/22 e a peça foi encaminhada para exame anatomopatológico e imuno-histoquímica, a qual evidenciou Adenocarcinoma Polimórfico Salivar. O paciente encontra-se, até o momento, em seguimento pós operatório, sem sinais de recidiva loco-regional e com plano de colocação de prótese.

Discussão: Os tumores nasossinusais são responsáveis por menos de 5% das neoplasias de cabeça e pescoço. Acometem, majoritariamente, homens em uma proporção de 1,8: 1, na sexta década de vida, sendo o sítio mais comum, a cavidade nasal, seguida do seio maxilar. Nesse contexto, o adenocarcinoma é uma neoplasia caracterizada pela proliferação maligna do tecido glandular, além de ser responsável por 10 a 20% dos casos de tumores nasossinusais. A exposição ocupacional ao pó de madeira aumenta 70 vezes o risco dessa doença. São diagnosticados, em sua maioria, na forma de doença localmente avançada, piorando, indubitavelmente, o prognóstico. Nesses casos, o manejo agressivo, com ressecção completa da lesão, é imprescindível, visto que a doença local e a extensão para estruturas adjacentes são as principais causas de morbimortalidade dessa patologia.

Inúmeras são as técnicas cirúrgicas possíveis para abordagem dessas neoplasias. Sem dúvidas, a cirurgia endoscópica vem ganhando protagonismo às custas de melhora das técnicas utilizadas e das imagens fornecidas pelas óticas rígidas. A rinectomia total, por outro lado, consiste na amputação da pirâmide nasal e apresenta indicações selecionadas, pela raridade das lesões que justificam tal procedimento. É reservada para tumores localmente avançados que invadem os tegumentos da pirâmide nasal. Esse tratamento cursa com deformidades importantes, as quais podem comprometer a qualidade de vida do paciente, tanto pela perda da função, quanto pela perda da estética nasal. No que tange a esse conceito, a reabilitação protética representa uma alternativa às reconstruções cirúrgicas apresentando como vantagens: a possibilidade de se observar a área que sofreu a cirurgia quanto à cicatrização e recidiva da doença, a simplicidade da técnica e o baixo custo associado.

Comentários finais: Seguramente, a rinectomia total representa uma solução terapêutica de último recurso, considerando as consequências estéticas e funcionais causadas pelo procedimento. Todavia, em determinados casos, para garantir as margens oncológicas adequadas, ela torna-se necessária. Sem dúvida, essa abordagem terapêutica consiste em um desafio para reabilitar o paciente. No que tange a esse assunto, as próteses são uma boa alternativa, uma vez que permitem vigilância de recidiva e são de baixo custo.

Palavras-chave: cirurgia cérvico-facial; tumor nasossinusal; rinectomia total.

Autor principal: ANTONELLA IRENE BELLEZZA

Coautores: RENATA SCHUH, CLAUDIO NUNES RIBEIRO NETO, BIBIANA CALLEGARO FORTES, PEDRO OMAR ALEBRAND PASQUALOTTO, PAULO HENRIQUE SENGHER DICK, RODOLFO WERMANN, LILCIA HELENA DE BRITTO MEDEIROS

Instituição: Universidade Federal da Fronteira Sul

Apresentação do caso: Apresentamos um caso de amiloidose nas duas tonsilas palatinas, em paciente masculino de 36 anos, sem comorbidades prévias, que consulta por lesão em tonsila esquerda há 3 anos, sem sintomas associados, negando sinais de alarme. No exame físico, à oroscopia, evidencia-se lesão nodular amarelada, endurecida, no polo superior da amígdala esquerda, grau 2, tonsila palatina contralateral com aparência normal, grau 2, macroglossia sem lesões associadas, não se palparam linfonodomegalias cervicais patológicas. Foi realizada laringoscopia indireta, que evidenciou ausência de lesões na laringe. Uma tomografia de cabeça e pescoço com contraste foi obtida e demonstrou ausência lesões intrínsecas ou compressões extrínsecas no compartimento visceral, glândulas salivares sem alterações, tireoide com densidade homogênea, ausência de linfadenomegalias cervicais, espaços parafaríngeos simétricos, sem achados patológicos. Foi realizada amigdalectomia bilateral para biopsia e o exame anatomopatológico demonstrou depósito de substância amilóide, tipo AL, em ambas tonsilas. Exames laboratoriais sem alterações, incluindo proteinúria normal, dosagem de beta-2-microglobulina e eletroforese de proteínas dentro dos valores normais, PCR, VHS, FAN, ANCA-p e ANCA-c negativos e sorologias não reagentes. Então, solicitamos avaliação pelo serviço de hematologia, descartando acometimento sistêmico.

Discussão: Existem na literatura vários casos reportados de amiloidose acometendo tonsilas palatinas de forma unilateral, sendo o acometimento bilateral menos comum. Na revisão realizada, foram somente encontrados três casos reportados de amiloidose. Em caso de macroglossia ou acometimento oral se faz fortemente necessário a investigação adicional para descartar discrasias sanguíneas, já que na metade dos casos poderiam ser a primeira manifestação do mieloma múltiplo.

Comentários finais: É fundamental uma exaustiva investigação para descartar amiloidose sistêmica, especialmente se a amilodose envolve mucosa oral, por sua forte associação com discrasias sanguíneas concomitantes, e isso pode alterar marcadamente a morbidade e mortalidade do paciente. A ausência de amiloidose sistêmica traz um prognóstico muito mais favorável e a remoção cirúrgica pareceria ser resolutive. Mas sempre se faz necessário um seguimento regular dos casos para identificar possíveis recorrências.

Palavras-chave: amiloidose localizada; tonsilas palatinas.

TCP373

ANÁLISE DE 20 ANOS: PETROSECTOMIA COMO TRATAMENTO EM CARCINOMAS AVANÇADOS DE PELE**Autor principal:** JOAO MIGUEL GONÇALVES FERREIRA LIMA**Coautores:** PEDRO BARBOSA DUARTE VIDAL, MATHEUS JANUARIO DA SILVA, EDUARDA SOUSA MACHADO, MARINA CAVALCANTI STUDART DA FONSECA, MARCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA FILHO, MARCOS RABELO DE FREITAS, MARCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA**Instituição:** UFC

Objetivo: Tumores na pele do conduto auditivo externo (CAE) são raros. Já os carcinomas de pele não melanoma (CPNM) do pavilhão auricular e região periauricular são frequentes. Em evolução insidiosa, podem infiltrar a parte óssea do CAE e a caixa timpânica. A base do tratamento para tumores avançados de pele é cirurgia seguida de radioterapia. No caso de tumores com extensão para o CAE, a petrosectomia lateral ou subtotal é indicada com bons Resultados. O objetivo deste trabalho é avaliar a relação entre variáveis clínicas e patológicas nos Resultados de sobrevida global e específica de pacientes portadores de CPNM avançado e câncer de anexos da pele submetidos a ressecção de base lateral de crânio.

Métodos: Casuística: Foram catalogados em planilha prospectivamente e consecutivamente 44 pacientes submetidos a petrosectomias no período de março de 2002 a maio de 2022. Para análise foram excluídos 2 pacientes cuja indicação cirúrgica foi a presença de metástase linfonodal intra-parótidea avançada. Método: Análise retrospectiva do perfil demográfico de portadores de carcinoma de pele ou anexos cutâneos primários do CAE ou com envolvimento do CAE. Como critério de inclusão, todos foram submetidos a cirurgias craniofaciais que incluíram a petrosectomia parcial ou subtotal. O programa SPSS versão 17 foi utilizado para análises estatísticas. Foram tabulados dados demográficos e analisado sobrevida. Para sobrevida global foram considerados como eventos a morte por qualquer causa. Para análise da sobrevida específica da doença foram considerados como eventos os vivos com doença e as mortes confirmadas por câncer. O método de Kaplan-Meier foi usado na análise da sobrevida. Conflitos de interesse: não Fomentos: não

Resultados: Idade variou de 22 a 82 anos, com mediana de 62 anos. Aproximadamente 88% dos pacientes eram do sexo masculino. 38% foram submetidos a algum tratamento prévio. Os tumores eram primários do CAE em 24% dos casos. A histopatologia revelou CEC em 45,2% e CBC em 36% dos casos. Radioterapia prévia não teve relação com mortalidade perioperatória. A ressecção envolveu sempre a petrosectomia associada ou não à ressecção de partes moles e óssea da face. Esvaziamento cervical foi realizado em pouco mais de 95% dos pacientes, parotidectomia em 90% e mandibulectomia em 81%. Todos foram reconstruídos com retalhos. Os retalho empregados nas reconstruções foram os de músculo temporal em mais de 60% e o retalho peitoral, em 35,7% dos casos. Não houve mortalidade em até 30 dias, havendo mortalidade perioperatória (até 90 dias) em 4 casos (9,5%). A média de acompanhamento foi de quase 58 meses. A sobrevida global média estimada foi de 121 meses. A sobrevida específica média estimada foi de 154 meses. Invasão óssea, invasão de Dura-Máter, invasão perineural, sítio da lesão (CAE x pele auricular/periauricular), tipo de ressecção (R0, R1, R2) e estado da margem não influenciaram na sobrevida específica.

Discussão: Os dados demográficos obtidos quanto a sexo e idade refletem tendências já observadas na literatura, com prevalência de homens acima dos 60 anos. A literatura também prevê a prevalência de CEC, além do seu pior prognóstico. Estudos anteriores demonstraram grande variação na média de sobrevida específica para a doença, sendo que os dados de sobrevida obtidos no presente trabalho corroboram a eficácia do tratamento cirúrgico para tumores avançados de pele.

Conclusão: A ressecção de osso temporal (petrosectomia) é uma cirurgia de elevada morbidade, mas com taxa de mortalidade pós operatória (até 30 dias) baixa. A mortalidade perioperatória (até 90 dias) no entanto alcançou quase 10%. Radioterapia prévia não deve ser contraindicação para o procedimento, já que não guarda relação com complicações ou mortalidade perioperatória. Retalho muscular temporal foi o mais utilizado, devendo ser preservado sempre que possível, caso não haja infiltração direta pelo tumor. A sobrevida específica média para a doença superou os 150 meses e a sobrevida específica mediana não foi atingida, comprovando a eficácia deste tratamento mesmo para tumores avançados da pele.

Palavras-chave: câncer de pele; neoplasias da base do crânio; osso temporal.

TCP374

LARINGECTOMIA TOTAL NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CARCINOMA DE CÉLULAS DE HURTHLE: UM RELATO DE CASO.**Autor principal:** DANIELA SANTIAGO PASSOS**Coautores:** JULYANA BASTOS SANTANA, LUIS FILIPE ALVES KIAN, DÁRIO OLIVEIRA LOPES JUNIOR, PRISCILLA LUCENA DE FIGUEIREDO, GRAZIELA BRITTO DE CARVALHO LOBO SOUSA, NATÁLIA MATOS MURICY**Instituição:** Hospital Santo Antônio - Obras Sociais Irmã Dulce

Apresentação do caso: Paciente, sexo masculino, 47 anos, com suspeita de carcinoma folicular de tireoide em 2017, sendo então submetido a tireoidectomia total, linfadenectomia recorrencial bilateral e radioiodoterapia. após 3 anos, cursou com quadros de dispneia, reicidiva de metástase linfonodal e necessidade de novo esvaziamento recorrencial bilateral. foi demonstrado em anatomia patológica carcinoma de células de hurthle. em 2022, apresentou quadro de metástase em laringe avançada, culminando em nova reabordagem cirúrgica com laringectomia total e esvaziamento linfonodal de região cervical de i a v cervical bilateralmente + vi e vii em lado direito.

Discussão: O carcinoma de células de hurthle é um tumor raro de tireoide que é responsável por cerca de 3% dos cânceres de tireoide. Tem comportamento e evolução clínica ainda sendo discutidas em literatura. são encontrados poucos estudos sobre o acometimento laríngeo e técnicas operatórias para metástases deste tipo de carcinoma. Tais fatos podem ser atribuídos à raridade de incidência deste tumor e o diagnóstico ser realizado de forma tardia.

Comentários finais: O caso relatado traz a conduta terapêutica cirúrgica para metástase laríngea e linfonodal do carcinoma de células de hurthle. Tal estudo evidencia a reicidiva de mestástases mesmo após tireoidectomia total e múltiplas linfadenectomias, além da agressividade do tumor para estruturas cervicais. A laringectomia mostrou-se como opção terapêutica para casos mais avançados.

Palavras-chave: Hurthle; tireoide; laringectomia.

TCP375

ADENOMA PLEOMÓRFICO DE LOBO PROFUNDO DE PARÓTIDA: ACESSO POR VIA TRANSORAL**Autor principal:** CLAUDIO NUNES RIBEIRO NETO**Coautores:** ANDRÉ ROBERTO MOZZINI, LILCIA HELENA DE BRITTO MEDEIROS, ANTONELLA IRENE BELLEZZA, PAULO HENRIQUE SENGHER DICK, RODOLFO WERMANN, RENATA SCHUH, PEDRO OMAR ALEBRAND PASQUALOTTO**Instituição:** *Universidade Federal da Fronteira Sul*

Paciente METZ, do sexo feminino, 65 anos, com história de odinofagia há 6 meses, associado a aumento de volume em região cervical à esquerda com crescimento para a cavidade bucal. História prévia de adenoma pleomórfico de parótida direita e meningioma, ambos tratados cirurgicamente há 6 anos, Síndrome de Addison, Hipotireoidismo e migrânea. Ao exame físico, a paciente apresentava uma lesão nodular cervical superior à esquerda com expansão para a região periamigdaliana e desvio de úvula para o lado contra-lateral, sem sinais de flutuação, sem linfonodomegalia cervical. Ao exame tomográfico, espaço parafaríngeo esquerdo apresentando formação circunscrita, bem delimitada, heterogênea, sem realce pelo meio de contraste, localizada internamente à face medial do ramo esquerdo da mandíbula, medindo cerca de 5,2 cm craniocaudal, 3,7 cm ântero-posterior e 3,6 cm látero-lateral, que abaula as estruturas adjacentes determinando redução da luz da orofaringe medialmente, sem ultrapassar a linha média e sem caráter infiltrativo. Em seu aspecto posterior, comprimindo a artéria carótida interna contra a massa lateral esquerda de C1, reduzindo significativamente a luz deste vaso. A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico sob anestesia geral, com acesso transoral transpalatino (palato mole) à esquerda, com exposição e ressecção completa do tumor, seguido por ligaduras de vasos, hemostasia e sutura com fios absorvíveis. A peça cirúrgica foi enviada para anátomo-patológico, com o resultado de adenoma pleomórfico.

O adenoma pleomórfico é um tumor misto de caráter benigno, 70% a 80% destes incidem nas parótidas, formando uma massa nodular móvel de consistência firme, margens bem delimitadas e crescimento lento e expansivo; É mais prevalente em mulheres entre a terceira e a sexta década de vida. A maioria (90%) dos casos acomete o lobo superficial da glândula e tumores bilaterais são extremamente raros. O acometimento do lobo profundo com extensão para espaço cervical profundo parafaríngeo e carotídeo com abaulamento em fossa amigdaliana é uma Apresentação incomum. O diagnóstico é realizado a partir da história clínica e exame físico. Os exames de imagem de ultrassonografia e tomografia computadorizada podem ser realizados para planejar o tratamento. A punção aspirativa com agulha fina (PAAF) pode ser utilizada para determinar se o tumor é benigno ou maligno, sendo o diagnóstico definitivo realizado pelo o exame histopatológico.. O tratamento mais indicado é a excisão cirúrgica através de parotidectomia.

O adenoma pleomórfico com acometimento de polo profundo de glândula parótida é uma entidade nosológica rara, assim como o acometimento bilateral dessa glândula. Apresentamos um caso em que foi possível a realização de um acesso exclusivamente intrabucal para o seu tratamento.

Palavras-chave: adenoma pleomórfico; glândula parótida; parotidectomia.

Autor principal: VINICIUS NICKEL

Coautores: LUMA MOREIRA DA COSTA, ANA CAROLINA PIRES DE MELLO AZEVEDO, RODRIGO ARAGAO TORRES, FABIOLLA MARIA MARTINS COSTA, LETICIA DE MORY VOLPINI, ANDRÉA TEIXEIRA DE ALMEIDA

Instituição: Hospital Universitário Pedro Ernesto

Relato de caso: L.R.B., 32 anos, foi recebido pelo serviço da Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) em 27 de Julho de 2022, vindo de um hospital de menor porte no interior do Rio de Janeiro. Transferido após diagnosticarem angina de Ludwig, foi realizado TC de pescoço que evidenciou densificação de partes moles do assoalho da boca e região parafaríngea direita, com focos gasosos de permeio, se estendendo para a região cervical contralateral e deslocando a coluna aérea da faringe para a esquerda.

O paciente foi recebido após a abertura de protocolo de sepse, em antibioticoterapia com meropenem e vancomicina, foi então imediatamente colocado como urgência no centro cirúrgico, em conjunto com a Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, para drenagem do abscesso parafaríngeo com acesso cervical em colar, sendo drenado aproximadamente 80 ml de secreção purulenta e colocado dreno cervical. Também foi feita a remoção dos dentes 45, 46 e 47 que estavam em mau estado de conservação. Permaneceu internado em unidade de terapia intensiva sob sedação e ventilação mecânica durante três dias, até a estabilização hemodinâmica e extubação. O dreno cervical permaneceu durante 8 dias.

Foram realizados 14 dias de antibioticoterapia com Vancomicina e Meropenem, após a identificação de *Staphylococcus spp.* sem resultado do antibiograma para descalonamento. Mesmo após a resolução da infecção, paciente seguiu com trismo e disfagia importantes, recebendo alta 19 dias após a cirurgia, já com dieta liberada pela fonoaudiologia.

Discussão: A Angina de Ludwig é principalmente causada por abscesso odontogênico, sendo isso bem estabelecido na literatura, mas também pode ser causada por faringites, linfadenites, tumores e fraturas. É uma doença infecciosa que infiltra tecidos musculares e adjacentes por continuidade anatômica entre os espaços fasciais. É importante o conhecimento anatômico da cabeça e pescoço para o tratamento dessa doença, uma vez que o acometimento das estruturas subjacentes é o que aumenta exponencialmente o risco de morte, como a obstrução das vias aéreas e a mediastinite, que pode levar a óbito em 50% dos casos relatados.

Também é importante a realização de exames de imagem para definição do tratamento, apesar do diagnóstico ser clínico, um exame de imagem é fundamental para o planejamento cirúrgico. Hoje temos a tomografia computadorizada como o exame padrão ouro na avaliação da doença, pois permite realizar uma avaliação tridimensional dos tecidos acometidos, observar obstrução, desvio das vias aéreas e procurar o foco infeccioso.

Os exames laboratoriais utilizados para conduzir o paciente no pós operatório foram hemograma, PCR, VHS, eletrólitos, função renal e hepática, que obtiveram Resultados condizentes com um quadro séptico e evoluíram favoravelmente ao longo da internação. Também é fundamental a realização de cultura da secreção e antibiograma, principalmente pensando em casos de limitação de recursos hospitalares, uma vez que a antibioticoterapia sistêmica efetiva é fundamental para o sucesso no tratamento.

Para evitarmos desfechos inesperados, é necessário uma avaliação criteriosa das vias aéreas, buscando clinicamente por sinais como taquipneia, fadiga, estridor e dessaturação, garantindo suporte ventilatório e possivelmente uma via aérea avançada mesmo que o quadro neurológico e hemodinâmico do paciente esteja estável.

Comentários finais: Apesar da Angina de Ludwig ser uma doença com um diagnóstico bem estabelecido e apresentar uma interdisciplinaridade com outras áreas médicas como a Odontologia, é um quadro de rápida evolução, com complicações que podem ser letais. Nos grandes centros hospitalares não encontramos limitações para o tratamento, mas em locais mais distantes é preciso priorizar estes pacientes, que podem precisar de exames de imagem e abordagem cirúrgica especializada.

O sucesso do tratamento está diretamente relacionado ao diagnóstico precoce, estabelecimento de antibioticoterapia adequada, manutenção das vias aéreas e drenagem do foco infeccioso.

Palavras-chave: angina de Ludwig; drenagem cervical; vias aéreas.

TCP377

DIFERENTES ABORDAGENS CIRÚRGICAS EM PACIENTE COM SÍNDROME DE EAGLE REFRATÁRIO A MANEJO CONSERVADOR**Autor principal:** NATÁLLIA BOFF DE OLIVEIRA**Coautores:** ISABELA ABREU BRINCKMANN, VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ, CAROLINA SARCINELLI SPINELLI, MARCELO EMIR REQUIA ABREU, RODRIGO DE CASTRO MENEZES**Instituição:** ULBRA

Apresentação do caso: T.M.C, feminino, 31 anos, encaminhada ao ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço de hospital terciário por queixa de dor em região de articulação temporomandibular (ATM) associada à limitação de abertura de cavidade oral há três anos. Relatou já ter feito uso de analgésicos, sem melhora, estando em tratamento para depressão com quetiapina, desvenlafaxina e bupropiona. Ao exame físico, paciente retrognata, com abertura de boca limitada, referiu dor a palpação retromandibular bilateral. Foi possível palpar ligamento intraoral à esquerda. Solicitou-se uma tomografia computadorizada que evidenciou ossificação do ligamento estilo-hióideo bilateralmente, com 3,0 cm de extensão à direita, e 4,2 cm à esquerda, onde chega até o hióide, sendo então diagnosticada com Síndrome de Eagle. Em abril de 2022, realizou-se a cirurgia para remover as ossificações. Do lado direito, a exérese foi externa, com acesso inframandibular ipsilateral. Já do lado esquerdo, foi possível realizar a remoção via intraoral, não houve intercorrências. Atualmente a paciente mantém acompanhamento no ambulatório, apresentando melhora considerável da abertura oral e redução da dor em ATM após intervenção cirúrgica.

Discussão: A Síndrome de Eagle refere-se a um conjunto raro de sintomas neuropáticos e oclusivos vasculares causados por alongamento patológico ou angulação do processo estilóide e cadeia estilóide. O processo estilóide é uma proeminência longa e fina que emerge da superfície inferior da base do crânio. Seu anexo é anterior e medial ao processo mastóide, lateral ao forame jugular, posterior e lateral ao canal carotídeo orifício, e imediatamente anterior e ligeiramente medial ao forame estilomastóideo. Levando em consideração a ampla gama de relações entre a cadeia e os elementos neurovasculares do pescoço, os sintomas são bastante variáveis. Na maioria dos casos, os sintomas mais frequentes são a sensação de corpo estranho na garganta, odinofagia e disfagia. A dor é uma característica variável e pode ser referida em qualquer lugar do osso parietal ipsilateral até região peitoral do tórax, sendo geralmente maçante e constante. O manejo divide-se em métodos conservadores ou cirúrgicos. O tratamento não invasivo se resume em tratamento da dor (analgésicos) e das sequelas neuropáticas (gabapentina, amitriptilina, valproato, carbamazepina e injeções de corticosteróides guiados por imagem). Já as intervenções cirúrgicas, consideradas por alguns autores o único tratamento efetivo, possuem duas possibilidades de abordagem: a ressecção intraoral ou a ressecção externa do processo estilóide.

Comentários finais: Conforme descrito na literatura, a escolha do tratamento precisa ser individualizada conforme cada paciente, visando a qualidade de vida do mesmo. Nesse caso, a paciente já havia tentado o manejo conservador, porém não apresentou melhora dos sintomas. Assim, após a falha dos tratamentos medicamentosos, foi optado pela abordagem cirúrgica da paciente, com o uso da técnica de ressecção externa à direita e intraoral à esquerda. Esta diferença de abordagem deu-se pela dificuldade de realizar a técnica intraoral do lado direito, pela posição e tamanho da ossificação. O objetivo inicial do caso seria a ressecção intraoral bilateral, principalmente por questões estéticas. No entanto, devido a dificuldade encontrada no intraoperatório, optou-se em prosseguir com diferentes abordagens, visando a resolução de sintomas e de forma a preservar ao máximo a estética da paciente. O tratamento escolhido seguiu as recomendações atuais que tendem a apoiar o tratamento cirúrgico, uma vez que visa a resolução completa e permanente dos sintomas.

Palavras-chave: síndrome de Eagle; cirurgia; relato de caso.

TCP378

RETALHO MUSCULAR TEMPORAL APÓS RESSECÇÃO DE CÂNCER DE PELE NÃO MELANOMA: ANÁLISE DE 49 CASOS

Autor principal: ISABELA BORGES NOGUEIRA

Coautores: PAULA THAÍS GOMES MUNIZ, MARTAN BARROSO CASTELO BRANCO, DAVI VERAS ARAÚJO, MARINA CAVALCANTI STUDART DA FONSECA, MARCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA FILHO, RODRIGO BECCO DE SOUZA, MARCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Objetivos: Este trabalho visa analisar 49 casos em que o retalho muscular temporal foi empregado como reconstrução primária após ressecção de base de crânio lateral e ântero-lateral por carcinomas de pele não melanoma (CPNM) avançados. Os casos considerados foram abordados no serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço/serviço de base de crânio do Hospital Universitário Walter Cantídio.

Métodos: Foram analisados de modo prospectivo e consecutivo 49 pacientes submetidos a cirurgia para ressecção CPNM avançado no período de fevereiro de 2003 a maio de 2022. Foram incluídas todas as reconstruções em que houve o emprego do retalho muscular temporal isoladamente ou em conjunto com outros retalhos. Não foram consideradas cirurgias onde não houvesse pelo menos a exposição da dura-máter e cirurgias para histopatologias diversas. Utilizou-se o programa SPSS versão 17 para a análise estatística. A topografia da cirurgia foi osso temporal (53,1%), fossa anterior (32,7%), fossa anterior e média (10,2%) e fossa média (4,1%).

Resultados: O retalho do músculo temporal foi utilizado em 49 pacientes portadores de CPNM avançados após cirurgia craniofacial. O músculo temporal foi preservado quando não havia comprometimento oncológico, após a preservação da artéria maxilar. O músculo temporal era dissecado, mantido fixo em seu pedículo para posterior rotação para a área receptora. Em dois casos, o retalho foi utilizado com sucesso após a ligadura da artéria maxilar a partir do fluxo reverso da artéria esfenopalatina. A idade dos pacientes foi de 12 a 87 anos, média de 58 anos. O sexo masculino predominou (73,5%). O carcinoma do conduto auditivo externo ocorreu em 18,4% dos casos e o restante tratava-se de pele da face e do escalpo. 53% dos pacientes foi submetido a algum tratamento anterior. Histopatologia revelou em 51% CEC, 34,7% de CBC, 8,2% de CBC metatípico e 6,1% de CAC. A ressecção foi considerada R0 ou R1 em 87% dos casos. As cirurgias realizadas foram temporectomias (53,1%), exenterações de órbita ampliadas (30,6%) e craniectomias variadas (16,3%) sendo a parotidectomia realizada em 65,3% dos casos e a mandibulectomia (côndilo ou hemimandibulectomia) em 55%. O retalho do músculo temporal foi empregado isoladamente em 34,7%, associado a outro retalho em 53,1% e a dois retalhos em 12,2% dos casos. Os retalhos utilizados conjuntamente foram miocutâneo peitoral maior (26,5%), escalpo (32,7%), pericraniogaleal (2%) e avanço cervical miocutâneo platismal (12,2%). Nenhuma perda do retalho do músculo temporal foi relatada. Houve relato de perda parcial e perda total dos outros retalhos empregados em 6,1% e 4,1%, respectivamente.

Discussão: O retalho do músculo temporal é baseado nos ramos temporais profundos da artéria maxilar, com bom arco de rotação, atingindo com facilidade as bases lateral e ântero-lateral do crânio. Após mastoidectomias radicais e ressecções de osso temporal, o retalho muscular temporal é um dos mais utilizados pela proximidade, sendo adequado para a reconstrução em exenterações de órbita e no tratamento de carcinomas do canal auditivo externo, em que é importante para a manutenção da audição no pós-operatório. Esse retalho oferece uma cobertura de tecido vascularizado sobre a dura-máter exposta, diminuindo a incidência de fístulas liquóricas. Quando associado ao retalho do peitoral ou do trapézio, cobre a dura-máter na zona dermogordurosa autonomizada distal do retalho miocutâneo.

Conclusão: Na nossa instituição, o retalho muscular temporal tem sido o principal retalho em reconstrução de base lateral e ântero-lateral do crânio. Este é o principal retalho utilizado para cobertura da pirâmide petrosa e fechamento do meato auditivo externo. Mesmo com a remoção do côndilo e articulação temporomandibular, a preservação da artéria maxilar é possível. Apenas dois casos foram baseados no fluxo reverso da artéria esfenopalatina após hemimandibulectomia e ligadura da artéria maxilar. Embora tenha sido observada perda de retalhos usados em associação, nenhuma perda do retalho muscular do temporal foi observada.

Palavras-chave: músculo temporal; neoplasias de base de crânio; retalhos cirúrgicos.

TCP379

PARAGANGLIOMA CAROTÍDEO: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA TUMORAÇÕES CERVICAIS**Autor principal:** LORENA GALDINO TEIXEIRA**Coautores:** SISSI MONTEIRO DA SILVA, NARA ZIVIANI VALE SILVA, MATEUS SALES MORAIS, FELIPE DE ARAUJO BASTOS VIANNA, GUILHERME RAMOS MENEZES GOMES DE VASCONCELOS, ISA DEPE, THOMAS ALVES GOMES**Instituição:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Apresentação do caso: S.R.S, sexo feminino, 64 anos, apresentado tumoração cervical à esquerda, com crescimento progressivo há aproximadamente 8 anos. Queixando-se de cefaleia holocraniana intermitente e disфонia há 3 anos. Ao exame físico: Presença de tumoração pulsátil em região de ângulo mandibular à esquerda, de consistência fibroelástica, móvel em todas as direções, indolor à palpação, sem sopros. Pares cranianos sem alterações. Otoscopia e oroscopia normais. À videolaringoscopia observa-se leve desvio da laringe em bloco para a direita, mobilidade de pregas vocais preservada, boa passagem de ar, sem áreas de estenose. Tomografia computadorizada de pescoço evidenciando lesão captante de contraste, com acometimento de topografia carotídea. Solicitado Ressonância Magnética (RM) de pescoço que observou formação expansiva, globosa, irregular, com aparente epicentro emergindo a partir de bifurcação carotídea, limites bem definidos, com focos de sinal marcadamente hipointenso em T2 (aspecto radiológico de “sal e pimenta”) medindo 5,5 x 4,2 x 3,4 cm, causando efeito compressivo sobre estruturas cervicais em adjacência.

Discussão: O corpo carotídeo trata-se de uma estrutura de formato elíptico de 3 a 4 mm, localizada na bifurcação da carótida comum, cuja função é a quimiorrecepção e barorrecepção. O paraganglioma carotídeo nada mais é do que uma neoplasia derivada de células paragangliônicas que compõem o corpo carotídeo, células essas não-neuronais derivadas da crista neural. Geralmente são hipervascularizados, irrigados pelos ramos da artéria carótida externa, de origem familiar e crescimento lento, sem predileção por sexo. Acomete principalmente pacientes na quarta e quinta décadas de vida. Na grande maioria, de caráter benigno, sendo maligno em apenas 5 a 6% dos casos. Pode ser assintomático ou manifestar-se como uma tumoração de crescimento lento, indolor e pulsátil na região lateral do pescoço, próximo ao ângulo da mandíbula, com eventual queixa de rouquidão, dificuldade de deglutição e sintomas da síndrome do seio carotídeo (hipotensão, bradicardia, síncope). Classificado em três principais grupos: Grupo I - tumor pequeno sem aderência aos vasos. Grupo II - tumor intermediário com pequena aderência aos vasos. Grupo III - tumor grande com infiltração nos vasos cuja dissecação se torna quase impraticável, sendo necessária a ressecção em bloco com bifurcação carotídea. Fala-se em dissecação subadventicial quando o tumor for menor que 6 cm e possuir extensão circunferencial incompleta, com ângulo da bifurcação menor que 90°. A ressecção em bloco é utilizada apenas nos casos em que é inviável separar o tumor da artéria, e deve ser seguida de interposição de um enxerto ou prótese para a carótida interna (Tumor acima de 6 cm e extensão circunferencial completa, com ângulo da bifurcação maior que 90°). Torna-se inoperável quando envolve toda a carótida interna extracraniana, o que impossibilita a anastomose distal com enxerto ou prótese. A embolização pode ser indicada para tumores grandes para redução da perda sanguínea e do tamanho do tumor, melhorando os Resultados cirúrgicos. Já a radioterapia esta preconizada para tumores inacessíveis, parcialmente ressecados, metastáticos, em casos de recorrência local e alto risco cirúrgico. A pesquisa do tumor de corpo carotídeo é indicada para os familiares de primeiro grau.

Comentários finais: Apesar de raros, são os paragangliomas mais comuns originados na região da cabeça e pescoço (60-70%). Para um diagnóstico diferencial entre outras tumorações cervicais, é importante nos atentarmos para algumas características no exame físico, principalmente o fato ter uma localização próxima ao ângulo da mandíbula, ser pulsátil, não aderido a planos profundos e de consistência fibroelástica. O achado mais típico na RM é o aspecto radiológico de “sal e pimenta”.

Palavras-chave: paraganglioma; tumoração; cervical.

Autor principal: LARA PASCOUTTO SAMPAIO

Coautores: GABRIEL AUGUSTO PINTO BARBOSA, JOAO PEDRO SAMPAIO VIEIRA, MARIANA MARÃO LAPENTA, LUIZ CEZAR DA SILVEIRA, MARIA NAIR PETRUCCI BARBOSA, AUGUSTO CESAR LIMA, ANA CRISTINA COSTA MARTINS

Instituição: *Septo PUC/RIO*

Apresentação do caso: Paciente sexo feminino, 33 anos, sem comorbidades, comparece ao ambulatório de Otorrinolaringologia com história de aparecimento de lesão cervical à direita há 02 anos, sem sintomas álgicos associados. Ao exame físico, visualizamos uma massa cervical à direita abrangendo trígono anterior e lateral do pescoço, de consistência fibroelástica, móvel, indolor à palpação e sem sinais flogísticos. Após anamnese e exame físico, foram solicitados exames complementares para avaliar a hipótese diagnóstica de Cisto Branquial.

Ultrassonografia cervical demonstrava imagem sugestiva de cisto, anecoica bem delimitada, 38 mm de profundidade, distante 4,5 mm da pele, medindo aproximadamente 72 x 59 x 28 mm. Tomografia de pescoço evidenciou lesão expansiva, com densidade cística, bem delimitada, localizado em região cervical lateral direita, desviando traqueia contralateralmente.

Os achados na história clínica, exame físico e exames de imagem corroboram para o diagnóstico de Cisto Branquial. Como conduta, foi realizado a exsérise cirúrgica do cisto. O material removido durante a cirurgia foi enviado para a biópsia, para análise anatomopatológica. Para o pós operatório a conduta foi observacional com acompanhamento clínico da paciente.

Discussão: O cisto branquial é uma anomalia congênita caracterizada pela falha no fechamento das fendas branquial durante o período embrionário, representando um resquício do aparelho branquial. Perante a divisão de 1ª, 2ª, 3ª e 4ª fendas branquiais, o cisto branquial mais encontrado é o originado na 2ª fenda correspondente. Comumente estarão localizados na região cervical lateral alta, surgem anterior ao músculo esternocleidomastoídeo, na região jugulo-carotídea, abaixo do ângulo da mandíbula e em frente aos grandes vasos. São lesões benignas que podem ser denominadas como cistos cervicais laterais. Manifestam-se como uma massa cervical lateral de crescimento rápido, comumente após um quadro infeccioso em cavidade oral. Quadro associado com desconforto local e sinais flogísticos de grau leve a moderado. Lesão de aspecto cístico, contendo líquido em seu interior, de consistência lisa e fibroelástica, com mobilidade lateral preservada e vertical reduzida.

O diagnóstico será feito a partir da história clínica em conjunto com a avaliação de exames complementares como ultrassonografia, tomografia computadorizada e punção aspirativa por agulha fina. A tomografia computadorizada de pescoço é o principal exame radiológico, evidenciando uma massa de aspecto cístico em porção anterior cervical, com conteúdo líquido em seu interior, comumente circundado por linfonodos inflamatórios.

O tratamento das anomalias branquiais será a partir da exsérise cirúrgica, removendo completamente o cisto e suas comunicações.

Comentários finais: Cistos branquiais cervicais fazem parte das malformações congênitas cervicais, sendo assim, é de suma importância o conhecimento embriológico e anatômico destas lesões para um diagnóstico acurado. A escolha o tratamento cirúrgico deve ser objetivado para cura e prevenção de reincidência da doença, evitando complicações.

Palavras-chave: cisto branquial.

Autor principal: BEATRIZ FARIAS DA COSTA

Coautores: MONIQUE MEDEIROS DE MOURA BARRETO ALVES, RAIMUNDO ALMEIDA NETTO, EMANUELLE LIMA DE ALMEIDA, LISE BARRETO DE OLIVEIRA

Instituição: Hospital Santa Izabel- Santa Casa de Misericórdia da Bahia

Paciente MCS, 23 anos, sexo feminino, com história de tumoração em região cervical anterior, próximo ao osso hioide, que notou há cerca de 12 anos. Nega disfagia, disfonia, dispneia, sensação de globus faríngeo e infecções de repetição. Ao exame físico apresentava lesão em linha média anterior, medindo 2 x 3 cm, fibroelástico, aderido a planos profundos, indolor a palpação, sem sinais flogísticos, móvel a deglutição e com sinal de Sistrunk positivo. Não apresentava doenças pregressas. Sem outras alterações ao exame físico geral e otorrinolaringológico. A USG evidenciou imagem cística em região cervical anterior direita, medindo 4,8 x 3,5 cm apresentando vegetação sólida lobulada medindo 2,1 x 1,1 cm

Foi realizada a cirurgia de Sistrunk e encaminhada a peça cirúrgica para estudo anatomopatológico (AP) onde foi evidenciado carcinoma papilífero em cisto tireoglossos variante clássica. Após resultado de exame anatomopatológico, paciente realizou US cervical e Us de tireoide com Resultados normais. Diante disto, foi decidido por manter tratamento clínico conservador com observação da paciente anualmente.

O cisto do ducto tireoglossos é uma anomalia congênita comum, decorrente da falha do desenvolvimento embriológico. O carcinoma do ducto tireoglossos é uma entidade rara que ocorre em apenas 0,7-1% dos pacientes com cistos do ducto tireoglossos. O tipo histológico mais comum do carcinoma de ducto tireoglossos é o carcinoma papilífero (75-80%), seguido pelo carcinoma folicular-papilífero misto (7-8%), carcinoma de células escamosas (5-6%), carcinoma folicular (1,7-3%), adenocarcinoma e outros tumores não classificados (3%). O carcinoma anaplásico, por sua vez, é raro. Sempre que diagnosticado, é indicada a excisão cirúrgica do cisto, devido ao risco de infecção e malignidade, sendo mais comum o carcinoma papilífero da tireoide.

Devido à raridade dos casos de carcinoma no remanescente embriológico do ducto tireoglossos, seu manejo ainda é controverso e pode incluir o procedimento de Sistrunk, acompanhado ou não por tireoidectomia, dissecação nodal e tratamento com iodo radioativo, conforme o caso e a experiência do cirurgião.

O potencial de malignidade concomitante da tireoide é um dos principais fatores que levam a controvérsias no tratamento do carcinoma do ducto tireoglossos, pois estudos mostram uma porcentagem entre 11 a 45% de risco de acometimento da tireoide

O uso da radioiodoterapia não é consenso, contudo, e a maioria dos autores recomenda essa forma de tratamento nos casos de grandes tumores, na presença de malignidade concomitante da glândula tireoide, ou doença metastática. É válido, porém, ressaltar que o risco de malignidades secundárias em pacientes de baixo risco, incluindo crianças, nas quais o efeito a longo prazo é questionável, implica que a seleção dos pacientes deve ser cuidadosa.

A incidência de metástases em linfonodos cervicais provenientes de carcinoma de ducto tireoglossos é baixa, ocorrendo em apenas 7,7% dos casos relatados, e a invasão local é rara. O risco de metástase é inferior a 2% dos casos, portanto, o esvaziamento cervical profilático não é indicado de rotina. Tal procedimento deve ser realizado apenas na presença de linfonodos positivos

Este trabalho relata o caso de uma paciente jovem que apresentou massa em região cervical anterior, cujo anatomopatológico confirmou o diagnóstico de carcinoma de cisto do ducto tireoglossos com tecido tireoidiano ectópico, sem evidência de carcinoma em glândula tireoide. Trabalho realizado através da revisão do prontuário, e em seguida, análise e discussão com base na literatura atual. Este artigo visou reforçar a importância de realizar um estudo anatomopatológico dos cistos do ducto tireoglossos e da diferenciação de carcinomas metastáticos e carcinomas primários.

Palavras-chave: carcinoma papilífero; cisto tireoglossos; cirurgia de Sistrunk.

Autor principal: NATÁLIA LORENZI DE SOUZA

Coautores: VICTOR ABERTO NEMIRSKI PARMEGGIANI

Instituição: Cruz Vermelha Brasileira - Filial do Estado do Paraná

Apresentação do caso: F.A.C.R., 47 anos, feminino, procura atendimento médico no Hospital Cruz Vermelha Brasileira filial do Estado do Paraná no dia 23/02/2022 com queixa de edema e hiperemia periorbitária em olho esquerdo, associado a dor moderada e impossibilidade de abertura ocular há 2 meses. Fez uso prévio de Kefazol e Clavulin sem melhora dos sintomas. Ao exame, hiperemia periorbitária esquerda, quemose (mais em pálpebra superior), sem sinais flogísticos, edema importante de aspecto fibroelástico, sem ponto de flutuação, ausência de linfonodomegalia. A tomografia de face revelou aumento de partes moles periorbitária à esquerda, sem coleções organizadas. A ressonância apresentou aumento do volume e edema difuso em pálpebra superior esquerda com área medindo 4,8 x 2,4 x 0,9 cm. A paciente foi internada e iniciado tratamento com ceftriaxona e clindamicina. No dia 26/02/2022 foi realizada tentativa de drenagem e biópsia de tumoração de pálpebra superior esquerda por suspeita de tumor de glândula lacrimal como diagnóstico diferencial de celulite periorbitária, com resultado anatomopatológico compatível com calazio. Por conta da não melhora das queixas e da falha nas demais tentativas de tratamento clínico, no dia 14/04/2022 foi realizada a exérese de glândula lacrimal e descompressão de órbita superior esquerda por acesso transpalpebral com melhora tanto da abertura ocular, quanto do quadro clínico. O material foi encaminhado para estudo anatomopatológico que concluiu ser tecido inflamatório sem características para malignidade.

Discussão: Entre as principais complicações das rinossinusites estão as complicações orbitárias, entre elas destaca-se a celulite periorbitária. Os patógenos mais envolvidos são *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp* e anaeróbios. A urgência no diagnóstico e tratamento se justifica pelos déficits visuais irreversíveis além do acometimento ósseo e neurológico com expressivo potencial de morbimortalidade.

Como diagnósticos diferenciais da celulite periorbitária estão os tumores de glândula lacrimal e o linfoma de órbita. O linfoma pode cursar com aumento de glândula lacrimal, obliteração de gordura extraconal, espessamento do músculo reto medial e linfonodomegalia, quadro compatível com doença linfoproliferativa. Entre os tumores de glândula lacrimal mais comuns estão o adenoma pleomórfico, benigno, e o carcinoma cístico adenomatoso, maligno.

Comentários finais: Neste caso a principal hipótese diagnóstica foi celulite periorbitária como complicação de sinusite. O tratamento clínico foi instituído, juntamente com a tentativa de drenagem e primeira biópsia, porém sem melhora dos sintomas. A retirada da glândula lacrimal foi realizada para posterior elucidação do diagnóstico benigno e melhora da abertura ocular.

Palavras-chave: sinusite; celulite periorbitária; glândula lacrimal.

Autor principal: JOÃO ANTONIO LINK

Coautores: JULIANA MARQUES COLLA, HEITHOR DE CASTRO SELL, BEATRIZ VITORIA RIGON, ANA JULIA FERREIRA RODRIGUES, DAVI KNOLL RIBEIRO, ANDRÉ ANTONGIOVANNI SALLUM, FERNANDO WALDER

Instituição: Otorrino - SEUL

Apresentação do caso: Paciente, feminina, 37 anos, compareceu ao pronto atendimento queixando – se de abaulamento periamigdaliano à direita com aumento progressivo há 7 dias. Relatava odinofagia e dificuldade em abertura de boca, sem outros sintomas associados. Ao exame físico apresentou abaulamento em pilar amigdaliano direito com lateralização de úvula, trismo moderado. Durante a palpação, tumoração com consistência fibroelástica, móvel e indolor. Exames laboratoriais não apresentaram alterações sugestivas de processo infeccioso. Na tomografia computadorizada de pescoço com contraste (TC), demonstrou lesão expansiva, ovalada de contornos regulares, centrada no espaço parafaríngeo à direita de conteúdo e realce heterogêneos, desviando a coluna aérea para lado contralateral, medindo aproximadamente 5,3x4,7x3,0 cm. Em ressonância magnética de pescoço (RM) apresentou alto sinal na sequência T2 e isossinal / baixo sinal na sequência T1 com realce heterogêneo pelo meio de contraste identificando-se áreas excêntricas que não se impregnam pelo contraste localizada no espaço parafaríngeo direito e com continuidade com a porção profunda da glândula parótida direita, porém sem alargar o túnel estilomandibular, lateralmente comprimiu os músculos pterigóides lateral e medial; e a musculatura pré cervical posteriormente, descartando a possibilidade de abscesso periamigdaliano. Programado punção aspirativa por agulha fina (PAAF), apresentando citopatológico compatível com adenoma pleomórfico. Eletivamente, programado abordagem para remoção total da tumoração. Em 09/05/22 paciente submetida a cirurgia de acesso transoral direta para retirada de tumor de polo profundo de parótida, com dissecação extracapsular, sem a utilização de robótica (TRO).

Discussão: O adenoma pleomórfico (AP) é um tumor benigno de glândula salivar que possui a capacidade de se diferenciar em células epiteliais (ductais e não ductais) e mesenquimais (condroide, mixóide ou óssea). Considerado o tumor mais comum das glândulas salivares (70%) e que tem predileção pelo sexo feminino, entre 3ª e a 5ª década de vida. Seu prognóstico é favorável, estudos demonstram Resultados de recidiva em torno dos 5% dos casos e baixo índice de malignização. Normalmente a área anatômica do espaço parafaríngeo, acometida por esses tumores, são complexas e com proximidade de regiões neurovasculares importantes. Assim, na investigação dos quadros, observamos a localização, histologia e a relação com as estruturas anatômicas. No presente relato de caso, a paciente apresentou rápida evolução da doença, o que inicialmente contestou a hipótese diagnóstica de adenoma pleomórfico. Porém, nessas situações, por mais que a imagem sugere o diagnóstico, a confirmação é histopatológica no AP. Na atualidade, a ressonância magnética (RM) tem demonstrado papel de destaque no diagnóstico, sendo uma das mais indicadas para realizar diagnósticos diferenciais. Ademais, a RM colabora para parâmetros e limitações das estruturas adjacentes do tumor, associado ao histopatológico para decisão da melhor técnica cirúrgica. A escolha do tratamento pelo cirurgião varia de acordo com a localização do tumor e a profundidade em relação a estruturas - pré/pós estilóide, pterigoide lateral e ramo ascendente de mandíbula. O espaço parafaríngeo (PPS) é frequentemente comparado com uma pirâmide invertida o que inclui uma visibilidade limitada e dificultando manobras cirúrgicas. Tumores nessa região podem ser abordados por via transcervical, transparótida, transmandibular e transoral. Essas técnicas podem ser associadas a endoscopia e na atualidade, a cirurgia robótica transoral (TORS).

Comentários Finais: A cirurgia de acesso transoral de tumores no espaço parafaríngeo se expandiu nos últimos anos. Em conjunto com a robótica e a endoscopia o paciente possui a segurança de retirar tumores de forma minimamente invasiva. Contudo, o caso em questão levanta que nem sempre necessitamos desses meios para entregar um resultado satisfatório ao paciente. Logo, a melhor abordagem é decidida pelo conjunto de padrões anatômicos e histológicos associados a habilidade do cirurgião.

Palavras-chave: adenoma pleomórfico; espaço parafaríngeo; robótica transoral.

ANGINA DE LUDWIG E A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOSES: RELATO DE CASO

Autor principal: RAFAEL BUSTAMANTE DE CASTRO

Coautores: JOSÉ VICTOR LIMA FIGUEIREDO, LAISSON RONNAN SILVA DE MELO, MARINA MARIA GALVÃO PANTOJA, RODRIGO MOREIRA MATOS, IAGO DE FREITAS RIBEIRO, FERNANDO PORTO CARREIRO FILHO, ANA CARLA ALBUQUERQUE DOS SANTOS

Instituição: Hospital Geral de Fortaleza

Apresentação do caso: Homem, 39 anos, deu entrada na emergência com quadro de dor intensa e flogose em região cervical esquerda, odinofagia, trismo e febre. Relatou início do quadro há 4 dias somente com odinofagia. Sobre eventos relacionados, referiu que havia iniciado tratamento odontológico há 30 dias, ocasião na qual foi indicada exodontia do 2º e 3º molares, postergada pelo paciente por não ter queixas álgicas odontológicas. Ao exame, observou-se abaulamento em palato mole e loja amigdaliana esquerda, além do abaulamento em região cervical esquerda em nível 2, sugerindo-se hipótese de abscesso parafaríngeo, sendo optado pela drenagem transoral do abscesso e internação para manter ATB, porém houve piora significativa nas 24h seguintes, com dor intensa e refratária à analgesia, edema, calor e hiperemia se estendendo por toda a região cervical, assim como piora do trismo e do estado geral. TC do Pescoço com contraste evidenciou: coleção líquida de limites parcialmente definidos envolvendo o palato mole, associada a aumento de partes moles locais de provável natureza inflamatória; Volume da lesão estimado em 7,5cm³, se estendendo posterolateralmente para o pilar amigdaliano homolateral, com leve redução da coluna aérea; Aumento de partes moles na região parafaríngea à esquerda, notando-se sinais de liquefação na região submandibular adjacente, com limites pouco definidos, sugerindo coleção líquida em processo de organização, compatível com processo inflamatório/infeccioso cervical profundo, de modo que foi modificada a hipótese diagnóstica para angina de Ludwig e indicada cervicotomia de urgência, com admissão em Centro Cirúrgico no mesmo dia e garantida via aérea por meio de IOT guiada por Broncoscopia. Foi realizada abertura do Músculo Milo-hióideo com drenagem de coleção purulenta abundante que invadia toda a região submandibular esquerda e drenagem de 2ª coleção próxima ao Músculo Esternocleidomastóideo. Foi observada comunicação entre as 2 coleções drenadas e optado por passagem de dreno de Blake nº 24 por essa comunicação, após lavagem abundante com soro fisiológico. Após a cirurgia, o paciente foi levado à UTI e evoluiu com melhora significativa, com diminuição dos sinais flogísticos e resolução do trismo nas primeiras 12h de pós-operatório. Em 48h, teve alta da UTI. Segue em leito de enfermaria, com realização de lavagem da ferida operatória com soro fisiológico abundante e PHMB, afebril desde a cirurgia, sem queixas álgicas, aceitando bem a dieta líquido-pastosa ofertada e com programação de alta hospitalar nos próximos dias.

Discussão: A angina de Ludwig é uma patologia de evolução rápida, grave e de natureza polimicrobiana, que acomete os espaços submandibulares, sublinguais e submentoniano, secundária a etiologias odontogênicas (90%) ou multifatoriais, podendo ter fatores predisponentes como diabetes, desnutrição, etilismo ou neoplasias orais infectadas. No paciente em questão, não havia nenhum desses fatores predisponentes, nem queixas odontológicas inicialmente. São diagnósticos diferenciais importantes da angina de Ludwig: edema angioneurótico, celulite cervical, carcinoma lingual, linfadenite, abscesso peritonsilar, abscesso de glândula salivar e hematoma sublingual. O relato de odinofagia como único sintoma inicial e o 1º exame físico com abaulamento em palato mole e loja amigdaliana foram fatores relevantes para um diagnóstico inicial equivocado e adiamento da abordagem cirúrgica, indicada somente após piora clínica. Visto que a angina de Ludwig pode levar a diversas complicações, como mediastinite aguda, condição que apresenta elevada mortalidade (40-60%), obstrução das vias aéreas, choque séptico, fascíte necrosante, osteomielite, dentre outros, o atraso no diagnóstico poderia ter sido responsável por um desfecho negativo, o que não ocorreu devido à reavaliação em tempo hábil e cirurgia imediata.

Considerações Finais: O relato descrito deixa evidente a necessidade do diagnóstico rápido e preciso da angina de Ludwig, já que é uma patologia grave e que necessita de abordagem imediata, sendo o prognóstico diretamente relacionado a esta decisão médica.

Palavras-chave: angina de Ludwig; diagnóstico; tratamento.

TCP385

HEMOFILIA ADQUIRIDA TIPO A - MANIFESTAÇÃO EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Autor principal: VANESSA SILVA SOLEDADE

Coautores: MATEUS SILVA MAROBIN, VALMIR TUNALA JUNIOR, LAÍSA NUNES KATO, GABRIEL LACERDA MARQUEZ, LUCAS GOMES PATROCINIO, JOSÉ ANTONIO PATROCINIO, TEODORO MENDES BORGES PASSOS

Instituição: Uberlandia Medical Center

Apresentação do caso: Mulher, 82 anos, hipertensa e em tratamento para artrite reumatoide, foi submetida à ECO transesofágico em janeiro de 2021, evoluindo após o procedimento com hematoma em região cervical anterior, assoalho da boca e terço anterior da língua. Não apresentava histórias prévias de coagulopatias ou uso de medicações anticoagulantes.

Internada no serviço pelo hematoma, realizou angiotomografia das artérias cervicais, com achado adicional de densificação e infiltração nos planos mioadiposos profundos à esquerda, envolvendo a região da língua e orofaringe, com aumento da glândula submandibular esquerda e espessamento do platisma. Tais achados de imagem podem estar relacionados a infiltração hemática, conforme dados clínicos, não se excluindo a possibilidade de processo inflamatório. O restante dos exames iniciais apresentava hemoglobina 7,8 g/dl com hemácias hipocrômicas e microcíticas, com policromasia, reticulócitos 5,9%, plaquetas de 324 mil, TAP 67,2%, TTPA 62,5 segundos, sugerindo provável anemia ferropriva por sangramento agudo associado a distúrbio de coagulação.

Em investigação em conjunto com hematologista, o teste da mistura a 50% resultou em correção do TAP e TTPA, com dosagem do fator VIII reduzida [0,4% (VR 70-120%)] e inibidor do fator VIII positivo (8,6UB), sugestivo de hemofilia tipo A.

A paciente apresentou resolução do hematoma cervical sem prejuízos clínicos e foi submetida a investigação causal ampla em conjunto com hematologista, tendo diagnóstico definitivo de hemofilia A adquirida idiopática. A paciente apresentou refratariedade do tratamento inicial com prednisona e ciclofosfamida, evoluindo com bom controle clínico após rituximabe.

Discussão: A hemofilia tipo A adquirida é uma condição autoimune que ocorre pela produção de anticorpos contra o fator VIII endógeno. É rara, acomete idosos e, geralmente, os pacientes apresentam episódio agudo ou recente de sangramento, frequentemente como hematoma subcutâneo e/ou submucoso, sem antecedentes prévios de sangramento e sem uso de anticoagulantes. O diagnóstico é feito com investigação hematológica evidenciando TTPA alargado, deficiência isolada da ativação do fator VIII e presença de auto anticorpos identificados por ELISA.

A paciente em questão foi avaliada inicialmente no pronto atendimento pela equipe de otorrinolaringologia devido a topografia cervical, com suspeita clínica compatível com distúrbio de coagulação, cabendo a nós aventar diagnósticos diferenciais – trauma, uso de anticoagulantes, lesão em vasos sanguíneos cervicais, trombose venosa profunda (TVP), entre outros. O reconhecimento precoce e o tratamento adequado são cruciais devido a alta taxa de mortalidade dessa patologia.

Comentários finais: A raridade e o desafio diagnóstico dessa condição demonstram a importância do relato e da avaliação multidisciplinar a fim de garantir a melhor condução do caso com agilidade e assertividade no diagnóstico, que tem impacto significativo no prognóstico do paciente.

Palavras-chave: hemofilia; hematoma cervical; complicações.

TCP386

TUMOR MANDIBULAR EM TRÍGONO RETROMOLAR REVELANDO MANIFESTAÇÃO A DISTÂNCIA DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON

Autor principal: GABRIEL CAETANO DE JESUS

Coautores: AMANDA JAYNE GUEDES RISUENHO, LYA MONT'ALVERNE DE BARROS ALBUQUERQUE, PEDRO JULIANO DE MESQUITA FERREIRA, VANESSA CARVALHO DE OLIVEIRA, CARLOS TAKAHIRO CHONE

Instituição: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 55 anos, encaminhada ao ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço pela Odontologia com história de lesão dolorosa, ulcerada e sangrante em trígono retromolar esquerdo de crescimento progressivo que evoluiu com trismo e edema em região submandibular e pré-auricular ipsilateral. Submetida a Tomografia Computadorizada com contraste que revelou lesão expansiva do ramo ascendente esquerdo da mandíbula com componente lítico e presença de matriz calcificada determinando invasão do espaço mastigador adjacente, placa pterigóide lateral, parótida esquerda e infiltração gengival e na mucosa recobrindo o trígono retromolar esquerdo. Biopsia da lesão mucosa indicou Adenocarcinoma do tipo colônico, cuja imuno-histoquímica com positividade de CDX2, CK20 e negatividade de CK7 fecharam o diagnóstico de lesão metastática de cólon, compatível com história da paciente que estava em tratamento paliativo de adenocarcinoma de cólon transversal diagnosticado em 2018 estágio pT3 pN1 M1 com metástases hepática, pulmonar, retroperitoneal e lombar prévias. Discutido em reunião multidisciplinar e indicada radioterapia antiálgica complementar da lesão com controle parcial da dor.

Discussão: Estima-se que enquanto o câncer de cavidade oral represente o sétimo mais incidente no Brasil, o câncer de cólon e reto seja o terceiro mais diagnosticado, atrás apenas dos cânceres de mama e próstata, sendo pacientes frequentes na prática clínica. O padrão de metástases dessa doença é bem conhecido, entretanto metástases ósseas são incomuns e acometimento dos ossos da face ainda mais raro. Tumores do trígono retromolar são raros dentre os tumores de cavidade oral e mais de 90% dos casos de câncer nesse espaço são tumores primários do tipo carcinomas espinocelular. Enquanto metástases a distância para a região cabeça e pescoço são incomuns e correspondem a cerca de 1-2% dos tumores dessa região, de fato a mandíbula é o principal sítio de acometimento nos casos de metástase para a cavidade oral, em especial na região molar. Entretanto, apenas em cerca de 6% dos casos o sítio primário é o colorretal. O estudo imuno-histoquímica complementar é aliado essencial na diferenciação dos tipos histológicos e pode auxiliar na determinação de sítio primário ou secundário como os marcadores CDX2 e CK20 positivos e CK7 negativo do caso em tela.

Comentários finais: O câncer de cavidade oral faz parte da rotina dos otorrinolaringologistas e cirurgiões de cabeça e pescoço e frequentemente possuem uma abordagem diagnóstica e terapêutica direta, mas devemos ser capazes de identificar casos atípicos e indicar a investigação acertada não só de metástases cervicais de sítio primário oculto como também das metástases de sítios distantes direcionados pelo anatomopatológico preciso e a clínica sistêmica do paciente.

Palavras-chave: mandíbula; trígono retromolar; metástase.

TCP387

PERFIL DE PACIENTES COM ABSCESSO CERVICAL EM SERVIÇO HOSPITALAR DE SÃO PAULO

Autor principal: GABRIEL DONATO AMORIM

Coautores: THAIS GONÇALVES MENEZES, MARIANE STAGI ALMADA, CAIO VINICIUS SAETTINI, MARCO TULIO RAMALHO ZORATTI, AMANDA CARVALHO VILLA DE CAMARGO

Instituição: BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo

Objetivo: Avaliar o perfil de pacientes internados para avaliação de equipe de otorrinolaringologia com abscesso peritonsilar em enfermaria de hospital em São Paulo.

Método: Trata-se de estudo retrospectivo do último ano em que foram analisados prontuários eletrônicos de todos os pacientes internados para equipe de otorrinolaringologia no período de 01 de março de 2021 a 28 de fevereiro de 2022 com alteração em exame de imagem apresentando coleção organizada em espaço cervical com registro em laudo radiológico. Os dados analisados foram quanto a sexo, idade, lateralidade, conduta realizada e resultado de cultura quando colhida em drenagem.

Resultado: Foram encontrados registros em prontuário de 21 pacientes internados com abscesso em região peritonsilar, sendo destes 7 do sexo feminino e 14 do sexo masculino, variando de 16 a 82 anos, com média de 36,7 anos. Do total, 7 pacientes foram tratados com antibioticoterapia exclusivamente e 14 tiveram como conduta ampliada a realização de drenagem, sendo esta realizada em centro cirúrgico, sendo 12 à esquerda, 7 à direita e 2 pacientes necessitando de drenagem bilateral. O tamanho dos abscessos variou de 0,2 a cerca de 22ml, tendo média de 5,89ml. Em todos os pacientes foram enviados material a cultura, sendo os microrganismos mais comuns encontrados foram os *Streptococcus*, principalmente do grupo *anginosus*, *Streptococcus viridans* e *Streptococcus pyogenes*, em 3 pacientes cada.

Discussão: O abscesso peritonsilar é uma das infecções mais comuns nos espaços cervicais da prática otorrinolaringológica e de cirurgia de cabeça e pescoço, sendo sua conduta ainda individualizada de acordo com o serviço, estrutura e experiência da equipe profissional. O manejo tem como base a antibioticoterapia, podendo esta ser endovenosa, principalmente quando direcionada a internação do paciente, além da realização de drenagem quando indicada. Neste presente estudo foi possível observar o quadro de pacientes internados e as características dos pacientes e das coleções organizadas em cada caso atendido. No serviço do presente estudo os pacientes foram todos tratados com ceftriaxona 1 grama duas vezes ao dia e clindamicina 600 miligramas a cada 6 a 8 horas. A drenagem do abscesso, realizada sempre em centro cirúrgico, foi indicada de forma individualizada conforme tamanho da coleção, comorbidades e quadro clínico e laboratorial do paciente.

Conclusão: O abscesso peritonsilar é uma infecção que não deve ter seu tratamento postergado, devendo ser o paciente bem orientado quanto a gravidade do caso e quanto ao tratamento, sendo importante a introdução de antibioterapia adequada e precoce, e avaliação de drenagem local quando indicada. Importante que seja realizado acompanhamento do quadro clínico do paciente até a resolução do quadro, ainda que em regime ambulatorial.

Palavras-chave: abscesso cervical; abscesso peritonsilar; otorrinolaringologia.

Autor principal: LEONARDO ZANETTI FLORIAN

Coautores: BERNARDO DO PRADO RIBEIRO, THOMAS PETER MAAHS, MARINA FARIA FIGUEIREDO, MARTINA VITÓRIA FLACH DIETRICH, GUSTAVO GUTHMANN PESENATTO, NEDIO STEFFEN, GERSON SCHULZ MAAHS

Instituição: Hospital São Lucas da PUCRS

Apresentação do caso: Paciente feminina, A.M.L.G., 66 anos, hígida, não tabagista, é encaminhada para avaliação por sensação de corpo estranho em região faríngea. Ao exame físico, não havia linfadenopatia cervical.

Ao exame laringoscópio, apresentava extensa lesão submucosa lobulada da prega aritenopiglotica a esquerda em continuidade com a faringe à esquerda, impedindo visualização da aritenóide esquerda.

Submetida a avaliação endoscópica sob microscopia e uso de óticas de diferentes angulações sob anestesia geral. Realizada exérese da lesão por pedículo na parede de hipofaringe à esquerda. O material foi enviado para estudo anátomo-patológico, que evidenciou neoplasia maligna indiferenciada ulcerada de alto grau, com perfil imunohistoquímico compatível com um sarcoma sinovial bifásico.

Foi submetida a radioterapia adjuvante. Manteve seguimento adequado com consultas periódicas e exames complementares completando 5 anos com remissão da doença.

Discussão: Os sarcomas sinoviais representam neoplasias malignas incomuns, de crescimento lento, originárias de tecidos moles não epiteliais, com relação estreita com tendões e articulações. Sem embargo, seu nome é um equívoco histórico, pois já é reconhecido que não surgem a partir da articulação sinovial. Esses tumores têm origem de células mesenquimais, com maior incidência em jovens, com idade média variando de 15 a 35 anos, observando-se ligeiro predomínio no sexo masculino, e apresentam propensão a emitir metástases via hematogênica para pulmões ou ossos.

Os sarcomas sinoviais podem ser “monofásicos”, constituídos exclusivamente por células fusiformes, ou “bifásicos”, compostos por células fusiformes e elementos epiteliais. Os tumores cartilaginosos representam menos de 1% dos tumores da laringe, portanto dados sobre prognóstico e o tratamento desses tumores têm base de evidência limitada. A ressecção cirúrgica deve ser sempre considerada em casos de doença localizada, e é altamente recomendável que o paciente seja referenciado para equipe multidisciplinar com expertise em tratamento de sarcomas de tecidos moles, com profissionais como cirurgiões, patologistas, radiologistas e oncologistas que estejam familiarizados com esse grupo de doenças.

Considerações Finais: O sarcoma sinovial de cabeça e pescoço é uma doença rara, entretanto deve fazer parte da gama de diagnósticos diferenciais de tumorações em região supraglótica.

O reconhecimento clínico desse tumor foi peça chave para a sua identificação e seu posterior tratamento, o que demonstra a importância do uso da propedêutica na avaliação inicial. Mais estudos são necessários para que se possa compreender melhor o universo dos sarcomas de tecidos moles, que, embora raros, são significativos para os seus portadores e os indivíduos que os cercam.

Palavras-chave: sarcoma sinovial bifásico; tumor cartilagenoso de laringe; sarcoma de laringe.

TCP41

TRATAMENTO DE NECROSE DE COLUMELA COM USO DE PRP EM RINOPLASTIA

Autor principal: KAROLINE NERIS CEDRAZ

Coautores: NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO, MARÍLIA MONTIS LANZAROTTI HOSKEN, HELAINA PEIXOTO GURGEL, LIVIA MODESTO SOTERO MARCOS, ARTUR GRINFELD, WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA

Instituição: Hospital Otorrinos

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 33 anos, apresentava desejo estético de definição de ponta nasal e aumento de dorso. Foi submetida à cirurgia de rinoplastia de acesso aberto com enxerto costal em novembro de 2021. Após 10 dias de pós-operatório, a paciente iniciou quadro de flogose com hiperemia e rubor, sem dor local, em região de columela, associada a crostas sero-sanguinolentas e secreção purulenta. Este quadro de infecção foi parcialmente controlado com uso via oral de clindamicina e ciprofloxacino por 14 dias. Porém, a paciente ainda mantinha alteração de vascularização da columela indicando necrose local com retração de pele, associado e discreta exposição da cartilagem lateral inferior em sua porção crus medial esquerda. Tendo em vista a não melhora completa do quadro, a paciente precisou ser submetida a nova abordagem cirúrgica para: lavagem do sítio de necrose com solução de antibiótico, desbridamento de tecido desvitalizado, correção de exposição da cartilagem nasal e aplicação do Plasma Rico em Plaquetas (PRP) – esta técnica coleta uma pequena porção de sangue do paciente, separa o plasma através de uma centrifuga, e os fragmentos celulares e células plaquetárias serão aplicados na área lesionada para acelerar sua regeneração. Foram necessárias 03 aplicações de PRP para garantir uma boa evolução do quadro, a primeira aplicação foi durante o intra-operatório da reabordagem cirúrgica, e a outras foram sendo realizadas a cada 21 dias, em centro cirúrgico, para garantir toda assepsia necessária. A paciente evoluiu com melhora completa da infecção, apresentou boa resposta ao tecido de reparo columelar, porém manteve uma perfuração septal anterior, que não alterou sua função respiratória.

Discussão: Quadros de infecção pós-operatória tem uma incidência media de 3% dos casos, geralmente se iniciam 14 a 21 dias após o procedimento cirúrgico. Além da repercussão clínica que implica em todo sítio infeccioso tem-se a preocupação com a estética do padrão regenerativo, visto que qualquer retração cicatricial pode vir a deformar a beleza almejada em uma cirurgia de rinoplastia. A técnica com uso de PRP vem cada dia mais ganhando espaço como adjuvante em procedimentos cirúrgicos, visto que otimiza o processo de cicatrização e regeneração celular, através de um processo pouco invasivo, rápido e sem custos adicionais ao paciente, já que provem de células do mesmo, coletado durante o procedimento cirúrgico. Sobretudo é uma técnica que atua na revascularização estimulando células de defesa local.

Comentários finais: Tratamento de infecção de sitio pós-operatório em rinoplastia deve ser abordado agressivamente desde o início, visto que alterações cicatriciais por menores que sejam podem ser devastadoras nos Resultados almejados em uma rinoplastia. O uso do PRP, pode ser uma estratégia na tentativa de reduzir ainda mais as taxas de necrose e infecção pós operatória, bem como em casos de tratamento de infecção já instalada, na melhora também do padrão estético cicatricial.

Palavras-chave: rinoplastia; PRP; plástica facial.

Autor principal: MARÍLIA ALVES ARAÚJO FERREIRA

Coautores: LUIS FELIPE ATHAYDE ANTUNES, ANA LUIZA FARIA DIAS, MARCELO ZUFFO PEREIRA BARRETTO, RODRIGO DOS SANTOS NEVES, MARLON SOUZA COELHO, MARIA ANGELA ZAMORA ARRUDA GREGOLIN, FERNANDO PIRES DE ARAUJO

Instituição: Hopsital Paulista de Otorrinolaringologia

Apresentação do caso: Feminino, 25 anos, procura o serviço com queixa estética de giba nasal, laterorrinia e ponta nasal globosa com ptose. Paciente apresentava osso próprio nasal curto com dorso ósseo regular, desviado para a esquerda, associado a giba em dorso cartilaginoso e ponta globosa. Foi optado por realizar rinoplastia preservadora com acesso delivery e utilizado técnica de *let down* para correção do laterorrinia e giba, além de reposicionamento e definição de domus com estruturação da ponta, obtendo um resultado final harmônico e natural, com resolução das queixas da paciente.

Discussão: A rinoplastia preservadora é uma técnica descrita há longa data, que vem ganhando cada vez mais espaço na atualidade pelo seu baixo risco de complicações e maior controle de dorso. A preservação do dorso é o ponto primordial do procedimento e a mobilização da pirâmide óssea como unidade é a chave para correções de desvios em bloco do nariz, como a laterorrinia do caso acima descrito. A base dessa técnica é a realização do *let down*, que consiste em reduzir a altura do osso nasal com duas fraturas laterais de cada lado e retirar fragmento ósseo entre elas, sendo o fragmento maior do lado não desviado. Para soltar a pirâmide inteira, associa-se a fratura transversal na topografia do nasion e a ressecção subdorsal alta de uma faixa da cartilagem quadrangular, tendo assim o rebaixamento do dorso com resolução da giba ósseocartilaginosa e mobilização lateral da pirâmide óssea para reposicionamento central da mesma, com melhora da laterorrinia. A utilização dessa técnica deve ser bem indicada, e tem resultado promissor em pacientes sem irregularidade óssea e com componente cartilaginoso dorsal mais proeminente.

Comentários finais: A rinoplastia de preservação do dorso traz um resultado natural e tem como principal vantagem evitar as complicações mais comuns de se abrir o dorso cartilaginoso, como deformidades e assimetrias de cartilagens laterais superiores, dorso em V invertido, nariz em sela. A utilização do *let down*, que consiste em reduzir a altura do osso nasal com duas fraturas laterais e retirada de parte óssea, consegue corrigir a laterorrinia através da retirada de porção óssea maior do lado não desviado, conseguindo reposicionar a pirâmide ósseocartilaginosa em sua centralidade.

Palavras-chave: rinoplastia preservadora; let down; laterorrinia.

TCP43

TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE RINOPLASTIA COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA: RELATO DE DOIS CASOS

Autor principal: HENRIQUE DE ALMEIDA FRIEDRICH

Coautores: RAQUEL GONÇALVES BESSA, CAMILA MUTAI VARGAS, MARCO TÚLIO SOLANO MATOS, LARISSA DE OLIVEIRA LIMA SANTOS, TÚLIO BASSOLI, THALLISSO MARTINS DA SILVA RODRIGUES

Instituição: *Hospital do Servidor Público Municipal*

Apresentação de caso: Relato de dois pacientes em acompanhamento no ambulatório de cirurgia cervico-facial do Hospital do Servidor Público Municipal.

Relato 1: RAAS, 20 anos, masculino, apresentava queixa funcional e estética nasal. Foi submetido a Rinosseptoplastia, sem intercorrências. Evoluiu bem durante a primeira semana de pós-operatório, em uso de antibiótico. Na segunda semana, retornou com queixa de dor e obstrução nasal e ao exame apresentava abscesso septal. O paciente foi internado e realizado drenagem, antibiótico endovenoso e 10 sessões de câmara hiperbárica. Paciente evoluiu bem, sem comprometimento do resultado cirúrgico e satisfeito com a cirurgia, tanto funcional quanto estética.

Relato 2: DMM, 37 anos, feminino, apresentava queixa funcional e estética nasal. Foi submetido a Rinosseptoplastia aberta, sem intercorrências. Evoluiu no primeiro dia pós-operatório com necrose segmentar de columela. Foi então iniciado tratamento com câmara hiperbárica, 10 sessões. Paciente em acompanhamento após 2 meses de pós-operatório, com resultado satisfatório e sem prejuízo no resultado cirúrgico.

Discussão de Caso: As cirurgias estéticas nasais aumentaram bastante nos últimos anos e consigo estudos relacionados a novas técnicas, tratamentos e complicações associadas. Dentre as complicações mais relevantes temos as infecciosas e a necrose. Um fator decisivo nessas cirurgias é a boa cicatrização, e as complicações interferem nesse resultado. Uma alternativa de tratamento é a oxigenoterapia hiperbárica, devido suas propriedades vasoconstritoras pode levar à redução do edema e melhoria da viabilidade tecidual em feridas agudas, como enxertos de pele comprometidos, além de garantir melhor penetração de antibióticos.

Comentários finais: Diante de uma complicação de uma cirurgia devemos sempre estar atentos para reduzir ao máximo os danos ao paciente, principalmente quando tem importante comprometimento no resultado. O tratamento com câmara hiperbárica vem como uma alternativa para melhor cicatrização em alguns casos.

Palavras-chave: rinoplastia; hiperbárica; oxigenoterapia.

DEFORMIDADES NASAIS PROVOCADAS PELA HANSENÍASE: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Autor principal: HUMBERTO LOPES CAMARGO JUNIOR

Coautores: EDUARDO HOMRICH GRANZOTTO, LUCAS RODRIGUES MOSTARDEIRO, HEMILY IZABEL ALVES NEVES, TAÍSE LEITEMPERGER BERTAZZO, MATHEUS NARDI RIOS, VITOR HUGO PEIJO GALERANI, ARTUR KOERIG SCHUSTER

Instituição: Santa Casa Misericórdia de Porto Alegre

Apresentação do caso: Paciente, 54 anos, masculino, residente de São Leopoldo e aposentado por invalidez por diversas sequelas deixadas pela Hanseníase. Relata ter realizado tratamento entre os anos de 2018 á 2021 na Secretaria de Infectologia de Porto Alegre. O mesmo, procura serviço encaminhado com queixa de obstrução nasal e respiração bucal pelo nariz em sela, sem apresentar quadro de rinorréia, prurido nasal. Exame físico: Catarata em olho esquerdo, amputação de polidactios e falanges em membros direito e esquerdo e nariz em sela. Rinoscopia apresenta nariz em sela, ausência de septo cartilaginoso anterior e ampla presença de crosta em fossas nasais. Tomografia computadorizada dos seios da face mostram achados característicos com a patologia como velamento do seio maxilar bilateralmente, ausência de estrutura íntegra do septo nasal, atrofia de corneto nasal direito e ausência de corneto médio e inferior ao exame de nasofibrolaringoscopia se observa rígida secreção comprometendo a fossa nasal. Paciente apresentou melhora dos sintomas com o uso de tratamento clínico conforme decidido em equipe, em virtude de ausência de condições para a realização de pós operatório adequado, o mesmo realizou lavagem nasal com alto volume e baixo fluxo, apresentando boa melhora funcional na respiração e seguindo acompanhamento no serviço.

Discussão: As sequelas deixadas por esta doença estigmatizam e prejudicam a vida dos pacientes; a via nasal é uma das regiões que mais expõem as sequelas deixadas pelo *M. leprae*. A deformação causada é conhecida como sela, típico do quadro arrastado com o acometimento da mucosa nasal e a destruição do arcabouço ósseo e cartilaginoso, provocando esta deformidade estética e comprometimento funcional. Como ocorreu no presente caso, inclusive ocorrendo destruição e atrofia de cornetos nasais. As características do nariz em sela são o alargamento da base, ínfima projeção na ponta nasal, dorso e raiz, base óssea alargada, deficiência de cartilagem septal, espinha nasal anterior curta e angulo naso-labial agudo, sendo essas as responsáveis pela estimacão social dos pacientes hansenicos. No presente caso o paciente apresentava sequelas além de deformidades nasais, tendo unicamente interesse em melhora funcional da respiração, o que foi alcançado, sendo contraindicada a realização de procedimento adicionais no presente caso. É necessária a avaliação precoce do otorrinolaringologista já na suspeita de alterações dermatológicas, com vistas a tratamento precoce e evitar alterações como deformidades, já que o nariz representa elemento de importância na aceitação social do indivíduo, além disso, citam-se também sinusites e obstrução nasal. No presente caso, em virtude das demais sequelas deixadas pela hanseníase, se optou por alcançar o melhor resultado possível com tratamento clínico, tendo paciente aceitado bem tal conduta. Existem alguns grupos de manifestações na cavidade nasal, são ditas precoces, quando se observa infiltração da mucosa e ressecamento anormal, nas intermetiárias há um aumento da infiltração da mucosa, aumentando a obstrução nasal, se observa nessa fase aumento de secreção nasal com formação de crostas. Já nas manifestações tardias, se observa a ocorrência de ulceração, infecção secundária, diminuição da irrigação sanguínea do pericôndrio podendo produzir perfuração do septo nasal cartilaginoso, alteração da sensibilidade e perturbações do olfato. Com a destruição do septo nasal o nariz pode se tornar em sela. Os pacientes portadores da doença ou que já realizaram tratamento procuram o serviço com queixa de obstrução nasal.

Comentários finais: Como a doença acomete a mucosa oral e nasal, atingindo o septo, conchas nasais e espinha nasal anterior, os exames otorrinolaringológicos possuem uma grande significância no diagnóstico precoce e acompanhamento dos pacientes que já foram diagnosticados com esta patologia.

Palavras-chave: hanseníase; assimetria facial; cartilagens nasais.

TCP45

TURN-IN FLAP UNILATERAL ASSOCIADO À EXCIÇÃO DA CARTILAGEM CEFÁLICA CONTRALATERAL: RELATO DE CASO

Autor principal: HELAINA PEIXOTO GURGEL

Coautores: KAROLINE NERIS CEDRAZ, ARTUR GRINFELD, LIVIA MODESTO SOTERO MARCOS, YASMIN DE REZENDE BEIRIZ, MARÍLIA MONTIS LANZAROTTI HOSKEN, MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO, WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA

Instituição: *Hospital Otorrinolaringológico de Feira de Santana*

Apresentação do caso: Paciente F.C.V., 35 anos, sexo feminino, com queixa de insatisfação com formato do nariz, principalmente a ponta bulbosa. Sem queixas respiratórias. Ao exame físico, foi observado assimetria com a ponta mais volumosa a direita, dando impressão de laterorrínia. Indicada rinoplastia primária com acesso fechado, turn-in flap a direita e amputação da cartilagem cefálica a esquerda, devido maior dimensão da cruz lateral direita em relação à esquerda.

No intraoperatório foi observado que a cartilagem direita apresentava 14mm e, a esquerda, 13mm, além de maior fragilidade da cartilagem lateral à direita. Devido a essa maior dimensão e fragilidade da cartilagem direita, optou-se pelo turn-in flap unilateral à direita, associado à amputação da cartilagem cefálica da cruz lateral à esquerda. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, com adequada cicatrização e circunferência narinária de tamanho adequado, apresentando bom resultado estético durante um seguimento de seis meses.

Discussão: A dinâmica observada entre diferentes áreas nasais e a variedade de técnicas cirúrgicas disponíveis torna a rinoplastia um procedimento desafiador. O turn-in flap é uma técnica confiável especialmente na cartilagem lateral inferior convexa combinada com a ponta bulbosa. As cartilagens alares com cruz lateral >12 mm permitem realizar o turn-in flap, manobra que reforça a cruz lateral sem o uso de enxertos, dobrando a cartilagem sobre si mesma. Desse modo, essa técnica esteticamente auxilia a forma, figura, volume, tamanho e posição da ponta nasal. Contudo, pacientes com assimetrias nasais, como a do caso em questão, podem se beneficiar da associação de mais de uma técnica. A excisão cirúrgica da porção cefálica dos pilares laterais, por exemplo, é uma das técnicas mais utilizadas para a correção das deformidades da ponta nasal, tendo como Resultados a redução do volume da ponta da cruz, o aumento do ganho visual na posição da ponta e o estreitamento da ponta nasal através da medialização dos pontos definidores da ponta. Portanto, foi realizado turn-in flap unilateral à direita e, no lado contralateral, excisão da cartilagem cefálica.

Comentários finais: Em comparação com a excisão cefálica, o turn-in flap da porção cefálica da cruz lateral proporciona correção estética e aumento da durabilidade da cruz lateral, minimizando o volume da ponta, elevando sua posição e permitindo a medialização dos pontos definidores da ponta. O turn-in flap auxilia na obtenção de uma ponta nasal melhor e mais agradável para os indivíduos submetidos à rinoplastia.

Palavras-chave: rinoplastia; turn-in flap; plástica da face.

HEMANGIOMA DE DORSO NASAL: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES DA LINHA MÉDIA

Autor principal: GABRIEL PINHO MORORÓ

Coautores: RAFAEL BUSTAMANTE DE CASTRO, ANNA DÉBORA ESMERALDO DOS SANTOS, ARTUR GUILHERME HOLANDA LIMA, PAULO AUGUSTO MOREIRA MATOS, MIKHAEL RANIER LEITE RAMALHO, DANIEL ALENCASTRO DE SOUSA

Instituição: Hospital Geral de Fortaleza

Apresentação do caso: Paciente, sexo masculino, 17 anos, procura atendimento em ambulatório de otorrinolaringologia por queixa de abaulamento em dorso nasal há 01 ano e 04 meses. Relata que no início do quadro, sem deflagradores identificados, surgiu lesão subepitelial, com aumento progressivo e rápido durante 1 mês. Consistência era amolecida e não aderida a planos profundos e pele. Negava dor. Após o primeiro mês do quadro, houve estabilização do tamanho da lesão. Realizada tomografia de seios paranasais com contraste: lesão expansiva no dorso nasal à esquerda, caracterizada por espessamento de partes moles. Sem evidências de erosão óssea ou coleções associadas. Sem plano de clivagem visível entre a pele, subcutâneo e cartilagens nasais. Diante dos achados, optado por realizar abordagem cirúrgica da lesão. Feito acesso aberto, com incisão transcolumelar e marginais, com exposição do dorso nasal. Lesão macroscopicamente nodular, bem delimitada, de coloração vermelho-violácea, firme, medindo 2cm no maior diâmetro. Enviado material para histopatológico: formação nodular composta por mistura de vasos ora de paredes finas ora de espessamento mural sugestiva de hemangioma de dorso nasal.

Discussão: Os tumores situados na pirâmide nasal possuem etiologia diversas. Desde problemas congênitos até adquiridos. Os primeiros, subdividem-se quanto ao tecido embriológico em: mesodérmicos (hemangiomas), ectodérmicos (cistos epidermóides) e neurogênicos (neufibromas, gliomas, meningioencefalocelos). Dentre os adquiridos, lesões epiteliais são as mais prevalentes, com destaque para o carcinoma basocelular, espinocelular e o nevus intradérmico. O exame físico fornece informações preciosas durante a avaliação do quadro. Lesões cutâneas de aspecto peroláceo recobertas por telangiectasias remetem à possibilidade de carcinoma basocelular. Já em lesões subepiteliais, manobras como a de fustenberg podem auxiliar. O caso descrito apresenta um hemangioma de dorso nasal em paciente jovem. Seu início e persistência na adolescência afastam a hipótese de hemangioma infantil (tumor vascular mais comum da infância, com pico de crescimento nas oito primeiras semanas de vida). No adolescente-adulto, os hemangiomas respondem por apenas 5% dos tumores de pirâmide nasal. Hemangiomas, de maneira geral, apresentam predileção pelo sexo feminino, diferentemente do exposto no caso. Os hemangiomas situados na região central da face, especialmente no nariz, tendem a ter baixos índices de resolução espontânea, enfraquecendo a opção de manejos conservadores. O manejo cirúrgico faz-se preferência, devendo ser idealmente precoce pelos riscos de deformidade local, problemas psicológicos associados, sangramentos. O melhor momento para o procedimento é durante a fase proliferativa, o que não foi possível no caso exposto em decorrência do retardo diagnóstico.

Comentários: Os hemangiomas nasais, apesar de incomuns após a infância, devem ser lembrados no diagnóstico diferencial das massas de linha média. Seu manejo através da cirurgia mostra-se uma alternativa eficaz, com taxas de complicações reduzidas e, quando feita precocemente, capaz de evitar deformidades faciais importantes.

Palavras-chave: hemangioma; dorso nasal; tumor.

TCP47

PARRY-ROMBERG SYNDROME: CASE REPORT**Autor principal:** DANIELA SANTIAGO PASSOS**Coautores:** JULIO CEZAR SILVA SANTOS FILHO, TAÍSA MARIA BRITO AMORIM, ISABELLA RAMOS ANDRADE BARRETO COUTINHO, ROBERTO SANTOS TUNES**Instituição:** *Hospital Santo Antônio - Obras Sociais Irmã Dulce*

Parry-Romberg syndrome or progressive hemifacial atrophy is a rare craniofacial disorder characterized by slow and progressive atrophy of the tissues of a hemiface, which can affect all tissues and also present neurological and ocular manifestations. It is an acquired and rare disorder, which is characterized by progressive hemifacial atrophy of the skin and soft tissues of the face, and can also affect muscles, cartilage and the underlying bone structure. It was first described by Parry in 1825 and Romberg in 1846. The first signs of SPR are seen in the first decade of life, but some cases of late onset have been reported. The syndrome affects women more, has a sporadic characteristic, but family cases have also been reported. It typically occurs in children and young adults and has a peculiar progression, which ceases without apparent cause after a highly variable period. Inconsistency in the pattern of atrophy and the development of associated symptoms in patients with Parry-Romberg syndrome, has made it a challenge to diagnose, predict and treat. The exact etiology of this disease remains unknown, but some authors have implicated sympathetic cervical ganglion dysfunction, abnormal embryogenesis, autoimmune and inflammatory mechanisms, or vasculopathy as potential causes. Autologous fat grafting is a simple technique that provides good results for correcting irregularities and losses of craniofacial volumes of the syndrome. The aim of the present study is to conduct a case of Parry Romberg syndrome, its clinical and imaging findings, and the treatment of facial deformities with the use of autologous free fat graft.

Palavras-chave: Parry-Romberg syndrome; hemifacial atrophy; craniofacial disorder.

Autor principal: GLAYSON SOARES MELO DA COSTA

Coautores: RAFAEL SABA ALBERTINO, OSWALDO OLIVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR, THAÍS RODRIGUES BEZERRA NUNES, CAROLINA NIMRICHTER VALLE, FERNANDA VITÓRIA MELO FERNANDES MAGELA

Instituição: Hospital das Forças Armadas

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 31 anos, procurou o serviço de Otorrinolaringologia do Hospital das Forças Armadas em setembro de 2021, com queixa de lesões volumosas, elevadas, brilhantes, endurecidas, de pavilhão auricular bilateral, apresentando cerca de 6,0x2,0x2,0cm à esquerda e 3,0x3,0x1,5cm à direita. Referia ter realizado otoplastia bilateral para correção de orelhas proeminentes, nesse mesmo serviço, em dezembro de 2016, sem complicações intraoperatórias. Contudo evoluiu, progressivamente, com tais lesões que ultrapassavam os limites da ferida original, caracterizando-se como queloides.

Desse modo, optou-se, em novembro de 2021, por exérese cirúrgica bilateral de queloides com infiltração de triancinolona no intraoperatório. Na sequência, o pós-operatório constituiu-se de aplicação de triancinolona em ferida operatória e realização de eletroterapia local para evitar recidiva.

Foram realizadas três sessões de radioterapia com feixes de elétrons no Hospital Universitário de Brasília com dose diária de 200 *centigrays* (cGy), correspondendo ao total de 1.500 cGy em cada orelha, em dias não consecutivos, sendo a primeira após 24 horas do procedimento cirúrgico, a segunda depois de 6 dias e a última decorridos 8 dias da cirurgia.

O paciente recebeu a corticoterapia tópica, intralesional, no intraoperatório, após 30 dias do procedimento e também após 90 dias na dose de 1 ml em cada orelha de triancinolona (20 mg/ml).

Após 9 meses de seguimento clínico, o paciente não apresenta sinais de lesão hipertrófica ou quelóide.

Discussão: O processo de cicatrização é complexo, englobando mecanismos moleculares, bioquímicos e celulares, visando a formação de um novo tecido para o reparo de uma solução de continuidade. A evolução normal das fases de cicatrização propicia bom aspecto funcional e estético da lesão. Mas qualquer interferência nesse processo pode gerar formação de cicatrizes dismórficas como hipertrófica e quelóide.

A quelóide é uma tumoração benigna cicatricial, na qual ocorre perda dos mecanismos de controle que normalmente regulam o equilíbrio do reparo e regeneração de tecido. Assim, ocorre hiperproliferação de fibroblastos com excessiva produção de colágeno local, formando cicatrização espessa, lisa e deformante. Diferentemente da cicatriz hipertrófica, se estende além dos limites da ferida original.

A cicatriz quelóideana pode ocorrer em qualquer idade, sem preferência por sexo. Apresenta como pico de incidência entre 10 e 30 anos, sendo mais prevalente em pessoas negras, mas podendo acometer outros fototipos. Não tem relato de casos em pessoas albinas. As áreas mais acometidas são o tórax (região peitoral), orelhas, ombros e região púbica (incisão de cesárea).

Os traumas são fatores basilares para provocar uma reação em cadeia que culmina no surgimento de queloides, seja em decorrência de queimaduras, feridas traumáticas, perfurações para adornos ou de incisões cirúrgicas, como é o caso do paciente deste trabalho.

Além disso, existem diversas abordagens terapêuticas descritas na literatura e que, isoladamente, com frequência não apresentam bons Resultados, devido à natureza da recidiva dos queloides. Baseado na taxa de recidiva após ressecção cirúrgica, que alcança 80% dos casos, o manejo clínico adotado para o paciente foi um combinado de várias alternativas: exérese cirúrgica, infiltração de corticoide intralesional e de ciclo de eletroterapia.

Comentários finais: Sendo assim, a corticoterapia intralesional e a radioterapia de feixe de elétrons constituem boas opções como tratamento adjuvantes para evitar recidivas de quelóide.

Contudo, é importante ressaltar que a prevenção é essencial no processo de cicatrização de ferida operatória. É mais eficiente empregar medidas preventivas contra quelóide, uma vez que os tratamentos ainda apresentam altas taxas de recidiva. O emprego da técnica cirúrgica adequada, diminuindo a manipulação e o trauma excessivo, assim como o cuidado com hematomas e infecções são medidas de intervenção precoce para evitar falhas no processo reparativo e proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente no pós-cirúrgico.

Palavras-chave: quelóide; corticoterapia; radioterapia.

Autor principal: TAÍSE LEITEMPERGER BERTAZZO

Coautores: MARIANA ZAGO DE MORAES, MARCOS CORDEIRO D'ORNELLAS

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria

Objetivos: Desenvolver e aplicar um protocolo de captura, registro e documentação de fotografias faciais para criação de uma base de dados e promoção do ensino em fotografia médica e avaliação pré-operatória para residentes do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)

Métodos: Criação de normas de um protocolo de fotografias com base em revisão bibliográfica não sistemática. Alguns critérios foram considerados na elaboração destas normas, como: a facilidade de acesso aos equipamentos, a simplicidade dos posicionamentos padrões do paciente e do examinador e o controle do ambiente para a captura de imagens. O protocolo foi aplicado através da realização de sessões fotográficas dos pacientes candidatos à Rinoplastia do Serviço. Além disso, aulas teórico-práticas para os residentes com análise qualitativa da sua viabilidade na rotina dos atendimentos.

Resultados: Foi possível criar normas e aplicar um protocolo de captura fotográfica para pacientes assistidos pelo Serviço. Um estúdio foi montado em uma sala de atendimento, com fundo fotográfico azul celeste, conforme definição do Clinical Photography Committee of the Plastic Surgery Educational Foundation (2000), iluminação com luz circular ou ring light e sem interferência da luz externa ambiental, sendo todas as capturas realizadas com as mesmas condições de luz. Demonstrou-se que a iluminação e o posicionamento são fundamentais para fotografias padronizadas, logo, confeccionou-se no piso do estúdio um octógono com linhas radiais, onde o paciente se posicionava sentado em um banco sem encosto no centro e as linhas definiam as diferentes posições para coleta das incidências. As incidências padrão foram: a vista frontal e dos perfis, com registro da dinâmica do sorriso, além de vistas oblíqua, base e dorso nasal. Dentre elas, a incidência oblíqua, base e dorso nasal demonstraram ser de maior dificuldade de padronização. A amostra de 26 pacientes tinham entre 14 e 67 anos e 100% tinham como principal queixa de insatisfação estética nasal, o dorso. As quatro residentes que participaram deste estudo consideraram satisfatórias as aulas ministradas, afirmando ser possível a aplicação do protocolo na rotina e prática do Serviço.

Discussão: O desenvolvimento de um protocolo de avaliação e de fotografia é útil no manejo de pacientes com indicação de procedimentos faciais. A padronização dos registros e das análises torna o aprendizado dos cirurgiões em formação mais didático e objetivo para aspectos tão singulares, como os de harmonia e de beleza. A avaliação de satisfação subjetiva dos residentes foi favorável, tendo em vista a concordância total dos mesmos em relação a praticidade do protocolo e a auto avaliação de aptidão para a execução do mesmo. Isso corrobora com o fato de que a padronização da fotografia pré e pós-operatória é capaz de promover uma sistematização do conhecimento para médicos em treinamento.

Conclusão: O presente trabalho evidenciou que as incidências oblíquas, base e dorso nasal são as mais suscetíveis a perda de padronização na execução em momentos distintos. No que diz respeito a iluminação, é preciso adquirir equipamentos validados para uma análise mais objetiva e fidedigna do padrão de iluminação. Este estudo corroborou com dados da literatura, evidenciando a importância da exposição de luz e posicionamento adequado para o padrão fotográfico ideal. A aplicação do protocolo proposto de fotografias é factível na rotina do Serviço de Otorrinolaringologia.

Palavras-chave: fotografia médica; avaliação pré-operatória; rinoplastia.

AVALIAÇÃO DA EVOLUÇÃO DE EQUIMOSE PERIORBITÁRIA EM PACIENTES SUBMETIDOS A RINOPLASTIA

Autor principal: ANA TAISE DE OLIVEIRA MEURER

Coautores: BEATRIZ LUIZA DE COSTA REMOR, MARIA HELENA SALGADO DELAMAIN PUPO NOGUEIRA, CAROLINA PONTES LIMA, LEONARDO BOMEDIANO SOUSA GARCIA, RAIMAR WEBER, ALDO EDEN CASSOL STAMM

Instituição: Hospital Edmundo Vasconcelos

Introdução: A equimose periorbitária é um efeito colateral significativo do pós-operatório de rinoplastia que pode impactar negativamente a satisfação do paciente, principalmente a depender da duração do quadro.

Objetivo: Avaliar objetivamente a evolução da equimose periorbitária em pacientes que realizaram rinosseptoplastia, buscando associação entre dados clínicos (sexo, idade, IMC, comorbidades, medicações) e intraoperatórios com o tempo de evolução da equimose.

Método: Trata-se de um estudo prospectivo de coorte, no qual os pacientes submetidos a cirurgia de rinoplastia foram avaliados quanto à evolução de equimose pós-operatória, em quatro momentos: no pós-operatório imediato (POI); no primeiro dia pós-operatório (10 PO); entre o sétimo e o oitavo dia pós-operatório; entre o décimo quarto e décimo quinto dia pós-operatório; semanalmente caso ainda persistam com equimose, até o seu desaparecimento. O estudo foi realizado no Hospital Edmundo Vasconcelos (centro cirúrgico, enfermaria e ambulatórios de otorrinolaringologia), no período de junho a novembro de 2021. Todos os pacientes foram submetidos a uma ficha de avaliação clínica para identificar dados clínicos e dados intraoperatórios, para verificar a associação ou não com a evolução da equimose no pós-operatório. A avaliação da área da equimose se deu por meio do software ImageJ® e os dados foram analisados estatisticamente.

Resultados: A amostra do estudo foi composta por 14 pacientes, com média de idade 29,5 anos e IMC 23,1 kg/m². Observou-se que, no POI e no 10 PO, 3 dos 14 pacientes (21,4%) apresentavam área zero de equimose. No 70 e no 140 PO, a maioria dos pacientes não possuía mais área de equimose (57,1% e 78,6% respectivamente). Por fim, no 210 dia pós-operatório, todos os 14 pacientes (100%) apresentavam resolução completa da equimose. A melhora da equimose foi significativa entre os períodos POI e 21 dias; entre 1 dia e 14 dias; e entre 1 dia e 21 dias. Apenas um paciente não apresentou nenhuma equimose durante todo o período pós-operatório.

Conclusão: Não houve associação entre os fatores clínicos e intraoperatórios estudados com o tempo de evolução da equimose no pós-operatório, apesar de numericamente os pacientes com menos equimose terem menor média de idade e IMC.

Palavras-chave: equimose; rinoplastia; pós-operatório.

TCP411 CURVA DE APRENDIZADO EM OTOPLASTIAS

Autor principal: MICHELE SANDER WESTPHALEN

Coautores: ALÉXIA REZENDE GARCIA, BARTIRA REZENDE RAMOS, RAFAEL PESSOA PORPINO DIAS, MARIANA KRAWCZUN MARUOKA, RAFAEL DIAS DE CARVALHO, JOSE LUIZ TEIXEIRA RODRIGUES, CARLOS ALBERTO CAROPRESO

Instituição: Universidade de São Paulo

Objetivos: Analisar as otoplastias realizadas pelos residentes do segundo ano (R2) de Otorrinolaringologia do serviço do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) no início e fim de seus respectivos ciclos realizando estas cirurgias.

Métodos: Foram avaliados os prontuários dos pacientes operados pelos residentes de otorrinolaringologia do HCFMUSP durante o período de 04/01/2021 a 12/04/2022, quanto a técnica empregada, complicações, satisfação dos pacientes e indicações de reabordagens. Foram selecionados 35 prontuários, sendo excluídos 10 deles devido à insuficiência de dados. Todos os pacientes foram operados por residentes do segundo ano, supervisionados por médicos fellows em plástica facial, e submetidos a anestesia local com, solução de adrenalina 1: 40.000, sem sedação. No período de pós-operatório imediato foi utilizado curativo compressivo por 24 a 48 horas, posteriormente substituído por faixa regulável tipo tenista, mantida por todo tempo (exceto banhos) por 15 dias, seguido por uso somente durante o sono. Todos pacientes incluídos haviam completado ao menos três meses de pós-operatório; e todos os pacientes passaram por documentação fotográfica pré-operatória e pós-operatória de um e três meses.

Resultados: Dos 25 pacientes selecionados, 16 (64%) eram do sexo feminino. A idade mínima dos pacientes foi de 13 anos e a máxima 42 anos, com uma média de 25,68 anos. Na maioria dos casos (72%) foi utilizado pontos tipo Furnas, Mustarde e remoção de cartilagem de concha em conjunto, sempre que removido excesso conchal, o ponto captonado foi realizado. O grau de satisfação dos pacientes foi avaliado, sendo seis (24%) insatisfeitos, dois (8%) parcialmente satisfeitos e 16 (64%) totalmente satisfeitos. Dentre os pacientes insatisfeitos, quatro (66%) foram a primeira ou segunda otoplastia realizada pelo residente. Quanto às complicações, foram observados três (12%) infecções de sítio cirúrgico, uma (4%) com cicatriz hipertrófica, duas (8%) extrusões de pontos, quatro (16%) retornos importantes de proeminência de orelhas, e sete (28%) assimetrias leves ou leve abertura de polo superior de orelhas. Não foram observados hematomas ou quelóides. De todos os avaliados, somente quatro (16%) tiveram indicação de reabordagem, sendo que três (75%) desses eram a primeira ou segunda otoplastia realizada pelo residente.

Discussão: Orelhas proeminentes são deformidades congênitas muito comuns afetando 5% da população mundial.^{1 2} Podem ser causadas por excesso de concha, ausência de anti-hélix ou pela combinação de ambas.² A correção cirúrgica é indicada quando tais deformidades trazem prejuízos ao desenvolvimento psicossocial e baixa auto-estima.¹ Várias técnicas já foram descritas para realização da otoplastia e a maioria dos cirurgiões utilizam uma combinação destas. A taxa de infecção foi considerada alta comparada com outros estudos³. Observou-se um número relativamente mais alto de casos nos quais houve retorno da proeminência, 16% versus 12% comparando-se com dados da literatura³. Possivelmente esse fato se relaciona à inexperiência dos residentes, visto que essas complicações se deram, em 75% das vezes, nos casos de primeira ou segunda cirurgia do R2. Também deve-se ressaltar a faixa etária mais elevada dos pacientes, sem crianças menores de 13 anos. Outras complicações importantes como hematoma, quelóide e hipercorreção não foram identificadas nessa amostragem.

Conclusão: A otoplastia é um procedimento cirúrgico com rápida curva de aprendizado e altas taxas de satisfação por parte dos pacientes. Nota-se, porém, que os índices de reoperação foram sucessivamente maiores quanto menor a experiência do cirurgião. A despeito dos dados obtidos, além da experiência dos cirurgiões é preciso mais estudos para determinar o grau de influência de outras variáveis como idade, sexo, técnicas utilizadas e até espessura da cartilagem no resultado final da cirurgia.

Palavras-chave: otoplastia; aprendizado; experiência.

TCP412

USO DE ABOBOTULINUMTOXINA (DYSPOUR ®) EM PACIENTES COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA**Autor principal:** RAFAEL PESSOA PORPINO DIAS**Coautores:** GIULIANA GRAICER, RAFAEL DIAS DE CARVALHO, RAÍSSA DE OLIVEIRA E ALBUQUERQUE, MARIANA NERI, INGRID HELENA LOPES DE OLIVEIRA CIANCIO, JOSE LUIZ TEIXEIRA RODRIGUES, CARLOS ALBERTO CAROPRESO**Instituição:** *Universidade de São Paulo*

Objetivos: Expor os benefícios da toxina botulínica para pacientes com paralisia facial periférica (PFP) no intuito de melhora de assimetrias faciais, sincinesias e espasmos musculares; assim como fomentar a discussão sobre o tema.

Métodos: Foram levantados os prontuários, arquivos de mídia (vídeos e fotos) e entrevista breve via telefone de uma série de 6 pacientes com PFP, que acompanham no ambulatório de Plástica Facial do HCFMUSP, para análise da indicação do uso da toxina botulínica, tipo abobotulinumtoxinA (Dysport ®), sua dose, seus pontos de aplicação e Resultados obtidos. Para melhor elucidação e descrição, foi utilizado a conversão da equivalência de unidade Speywood para unidade Botox ® 2,5: 1, e as unidades citadas neste trabalho se referem a unidades do segundo subtipo.

Resultados: Dos seis pacientes analisados, todos apresentavam algum grau assimetria facial em repouso, principalmente em terço superior e médio. Sincinesias e espasmos musculares foram observados em 3 pacientes. Em relação à dose e aos pontos de aplicação, foi utilizado em média 8 unidades em terço superior, 1,75 unidades em terço médio, e 1 unidade em terço inferior e pescoço em relação ao lado não paralisado, com intuito de melhorar a simetria, e média de 1,5 unidades em terço superior, 1,25 unidades em terço médio, e 2,5 unidades em terço inferior e pescoço no lado paralisado, com intuito de melhora da sincinesia e dos espasmos. Os pacientes, no primeiro retorno após a aplicação, estavam satisfeitos com a melhora da assimetria, sendo realizado retoque em 3 pacientes, principalmente em terço superior. O tempo de duração da melhora da assimetria foi em média de 4 meses, com reaplicação após 6 meses. Em avaliação objetiva e subjetiva, todos pacientes apresentaram melhora da assimetria facial, sincinesias e espasmos musculares.

Discussão: A paralisia facial desencadeia alterações estéticas e funcionais que trazem repercussões físicas e psicológicas significativas. Nesse contexto, a toxina botulínica pode ser uma opção de tratamento para reduzir a assimetria facial e os espasmos musculares. O início dos Resultados se dá por volta de 15 dias após a aplicação, tendo seu ápice atingido em torno do trigésimo dia. O uso da toxina botulínica para o tratamento da assimetria tem se mostrado eficiente, seguro e com poucas complicações que, quando existentes, costumam se resolver em poucos meses. Isso está relacionado ao seu tempo de duração no organismo, que não costuma ultrapassar os 6 meses, trazendo como possível ponto negativo os custos da reaplicação semestral. Ela pode ser usada tanto no lado saudável da face, tratando a hiperatividade compensatória do lado não paralisado, melhorando a assimetria facial em repouso e dinâmica, quanto no lado paralisado, nas formas espásticas, para tratar a sincinesia e os espasmos da face no lado acometido.

Conclusão: Apesar das várias opções de intervenções cirúrgicas disponíveis para reanimação facial, a injeção de toxina botulínica continua sendo uma ferramenta crítica no tratamento do paciente com paralisia facial periférica, por apresentar poucas complicações, efeito rápido e com altos índices de satisfação pelo paciente. O tratamento médico da sequela de paralisia facial é parte essencial do manejo geral desta patologia e o uso da toxina botulínica revolucionou os Resultados na melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: toxina botulínica; paralisia facial periférica; espasmo muscular.

RINOSSEPTOPLASTIA FECHADA E ABERTA NOS PERÍODOS 2014-2018 E 2019-2022: UM ESTUDO COMPARATIVO.

Autor principal: EDUARDO PRIESNITZ FRIEDRICH

Coautores: NATALIA BOCACCIO MAINARDI, SAMUEL AFONSO DE FREITAS TOLEDO, ISABELLA NAOMI WATANABE DI GESU, OTÁVIO AUGUSTO GONÇALVES DIAS CIONEK, LÍVIA GÖRGEN MORSCH, RAPHAELLA DE OLIVEIRA MIGLIAVACCA, MICHELLE LAVINSKY WOLFF

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Objetivos: Analisar comparativamente os períodos de janeiro de 2014 a dezembro de 2018 com janeiro de 2019 a agosto de 2022 para verificar se ocorrem mudanças em relação ao acesso preferencial, aberto ou fechado, nas rinosseptoplastias realizadas no Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Métodos: Foram analisadas as descrições cirúrgicas de 194 pacientes que foram submetidos a rinosseptoplastia no período de janeiro de 2014 até dezembro de 2018, assim como as descrições de 78 pacientes submetidos ao mesmo procedimento cirúrgico no período de janeiro de 2019 até agosto de 2022 no HCPA. Os pacientes incluídos possuíam idade igual ou superior a 16 anos e queixas estéticas e funcionais em relação ao nariz. Foram excluídos da análise pacientes que haviam realizado cirurgia nasal antes de 2014. Considerou-se como rinosseptoplastia aberta aquelas em que a descrição da cirurgia constava os termos: “incisão na columela” “transcolumelar” ou “aberta” Foram incluídos no grupo rinosseptoplastia fechada aqueles pacientes cuja descrição cirúrgica apresentasse os termos “transfixante”, “hemi transfixante” ou “fechada”. Incisão marginal poderia estar incluída tanto no acesso aberto, quanto no fechado, quando a ponta era acessada por via marginal e delivery. Média foi utilizada para descrever dados contínuos e normalmente distribuídos. Mediana e intervalo interquartil (IQR) foram usados para descrever dados de distribuição não normal.

Resultados: Ao todo, 270 pacientes preenchiam os critérios de inclusão e tiveram seus dados analisados. No período de 2014 a dezembro de 2018 com janeiro de 2019, foram analisados 190 descrições cirúrgicas de rinosseptoplastia com mediana de idade de 32 anos (IQR 21-48), sendo que 58.3% eram mulheres e 83.8% dos pacientes se autodeclararam brancos. Já no período de janeiro de 2019 até agosto de 2022 foram analisados 77 descrições cirúrgicas de rinosseptoplastia com mediana de idade foi de 38 anos (IQR 23,5-47,5), sendo 61.1% mulheres e 94.8% dos pacientes se autodeclararam brancos. No primeiro grupo de análise 84.4% das rinosseptoplastias foram realizadas por acesso fechado, enquanto 15.6% foram com acesso aberto. Já no segundo grupo 37.7% das rinosseptoplastias foram realizadas por acesso fechado, enquanto 62.3% foram com acesso aberto.

Discussão: A obstrução nasal é uma das queixas mais comuns nos consultórios de Otorrinolaringologia. Além disso, 77% a 90% da população geral apresenta deformidades no septo nasal, algumas delas, sintomáticas. A rinosseptoplastia é o procedimento de escolha para a melhorar da forma e da função do nariz, com passos que incluem a septoplastia, enxertos (a maioria das vezes da própria cartilagem septal removida) e manobras para corrigir deformidades estéticas e funcionais do nariz. Existem dois tipos principais de acessos na rinosseptoplastia: aberto e fechado. No aberto, é realizada uma incisão na columela nasal e na margem alar de cada narina. Já a rinosseptoplastia fechada é realizada por meio de incisões diretamente no septo nasal e, muitas vezes, na região marginal da válvula nasal externa (marginal). No entanto, não há evidências de superioridade de um acesso em relação ao outro.

Conclusão: Comparando os dois períodos analisados, é possível concluir que houve uma mudança em relação à escolha do acesso cirúrgico preferencial para a realização da rinosseptoplastia em nosso meio. Até 2018, o acesso fechado era o mais recorrente. A partir de 2019, a rinosseptoplastia aberta foi a técnica mais utilizada por parte da equipe de Cirurgia Plástica Facial do serviço de Otorrinolaringologia do HCPA.

Palavras-chave: rinosseptoplastia; acesso aberto; acesso fechado.

Autor principal: EDUARDO PRIESNITZ FRIEDRICH

Coautores: NATALIA BOCACCIO MAINARDI, ISABELLA NAOMI WATANABE DI GESU, SAMUEL AFONSO DE FREITAS TOLEDO, OTÁVIO AUGUSTO GONÇALVES DIAS CIONEK, LÍVIA GÖRGEN MORSCH, RAPHAELLA DE OLIVEIRA MIGLIAVACCA, MICHELLE LAVINSKY WOLFF

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Objetivos: Apresentar a taxa de realização de rinosseptoplastias com o acesso aberto e fechado no período entre janeiro de 2014 e agosto de 2022 no serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Métodos: Foi realizado um estudo de coorte retrospectiva em que foram analisadas as descrições cirúrgicas de 282 pacientes submetidos à rinosseptoplastia no período de janeiro de 2014 a agosto de 2022 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os pacientes selecionados possuíam idade superior a 16 anos, queixa de obstrução nasal e queixa estética em relação ao nariz. Foram excluídos da análise pacientes que haviam realizado alguma cirurgia nasal prévia a 2014. Considerou-se como rinosseptoplastia aberta aquelas em que a descrição da cirurgia constava os termos: “incisão na columela” “transcolumelar” ou “aberta” Foram incluídos no grupo rinosseptoplastia fechada aqueles pacientes cuja descrição cirúrgica apresenta-se os termos “transfixante”, “hemi transfixante” ou “fechada”. Incisão marginal poderia estar incluída tanto no acesso aberto, quanto no fechado, quando a ponta era acessada por via marginal e delivery. Média foi utilizada para descrever dados contínuos e normalmente distribuídos. Mediana e intervalo interquartil (IQR) foram usados para descrever dados de distribuição não normal.

Resultados: Duzentos e sessenta e nove pacientes preenchiem os critérios de inclusão e tiveram seus dados analisados. A mediana de idade foi de 34 (IQR 22-48). 59.2% dos pacientes eram mulheres e 87% se autodeclararam como brancos. De janeiro de 2014 a agosto de 2022, 71% das rinosseptoplastias foram realizadas por acesso fechado, enquanto 29% foram realizadas por meio de acesso aberto. Apesar disso, observou-se que a partir do ano de 2019, por exemplo, 62.3% das cirurgias foram realizadas por acesso aberto.

Discussão: A obstrução nasal é uma das queixas mais comuns nos consultórios de Otorrinolaringologia. Além disso, 77% a 90% da população geral apresenta deformidades no septo nasal, algumas delas, sintomáticas. A rinosseptoplastia é o procedimento de escolha para a melhorar da forma e da função do nariz, com passos que incluem a septoplastia, enxertos (a maioria das vezes da própria cartilagem septal removida) e manobras para corrigir deformidades nasais estéticas e funcionais. Existem dois tipos principais de acessos na rinosseptoplastia: aberto e fechado. No aberto, é realizada uma incisão na columela nasal e na margem alar de cada narina. Já a rinosseptoplastia fechada é realizada por meio de incisões diretamente no septo nasal, na região intercartilaginosa e, muitas vezes, na região marginal da válvula nasal externa (marginal). No entanto, não há evidências de superioridade de um acesso em relação ao outro.

Conclusão: No período analisado, a maioria das rinosseptoplastias realizadas foram feitas por acesso fechado no HCPA. No entanto, observa-se que a partir de 2019 há uma tendência crescente da utilização da técnica por acesso aberto por parte da equipe de Cirurgia Plástica Facial do serviço de Otorrinolaringologia do HCPA.

Palavras-chave: rinosseptoplastia aberta; rinosseptoplastia fechada.

TCP415 BLEFAROPLASTIA COM SEGURANÇA: PASSO A PASSO

Autor principal: MARIANA NERI

Coautores: MARIANA KRAWCZUN MARUOKA, RAFAEL PESSOA PORPINO DIAS, MAIRA SAID DIAS JABOUR, ALÉXIA REZENDE GARCIA, JULIA STABENOW JORGE, JOSE LUIZ TEIXEIRA RODRIGUES, CARLOS ALBERTO CAROPRESO

Instituição: Universidade de São Paulo

Objetivo: Este trabalho pretende demonstrar que através de consultas pré-operatórias, técnica cirúrgica e cuidados pós operatórios adequados, é possível sucesso no resultado das cirurgias de blefaroplastia com baixa incidência de complicações, mesmo quando realizada por cirurgiões ainda inexperientes supervisionados.

Métodos: Estudo retrospectivo de 35 prontuários de pacientes submetidos à blefaroplastia por fellows da equipe de Plástica Facial da Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP-SP), entre o período de 20 de agosto de 2018 a 16 de dezembro de 2020. Os procedimentos foram realizados sob anestesia local e sedação leve (infiltração de lidocaína, ropivacaína e adrenalina na concentração de 1: 40.000; e cloridrato de fentanil e midazolam intravenosos), com paciente sob monitorização contínua. As variáveis analisadas foram: presença de complicações, como hematomas superficial e profundo, mau posicionamento de pálpebra inferior, excesso de pele de pálpebra, alteração cicatricial, quemose, deiscência de sutura, lagofthalmo, exposição escleral, ectrópio inferior, membrana cantal lateral e cegueira.

Resultados: Dos 35 pacientes submetidos a blefaroplastia superior e/ou inferior, não houveram complicações graves como correções exageradas que pudessem levar a queixas oftalmológicas. Complicações menores ocorreram em 4 pacientes (11,42%), destes: um (2,86%) hematoma temporário, com melhora total após crioterapia; dois (5,71%) alteração cicatricial, com cicatriz hipertrófica discreta, e um (2,86%) ptose do supercílio. Discreto excesso de pele palpebral ocorreu em quatro pacientes (11,42%), havendo insatisfação com o resultado em dois casos deste grupo, e com indicação de reabordagem em três (8,57%).

Discussão: A blefaroplastia é uma cirurgia com baixo índice de complicações; no entanto, quando ocorrem, podem causar danos funcionais e/ou estéticos importantes. Mesmo quando realizada por cirurgiões mais experientes, Resultados inesperados podem acontecer, por isso, é fundamental uma abordagem sistemática para tratar os pacientes que serão submetidos a este procedimento. É primordial uma avaliação pré-operatória minuciosa passando desde histórico médico, características anatômicas, anamnese dirigida, e realização de fotodocumentação cautelosa, idealmente com doze registros (incidências frontal e laterais, com vista no horizonte, olhos fechados, olhar para cima e para baixo, cada uma). No intra-operatório, deve-se ter em mente medidas gerais, especialmente cabeceira elevada, hipotensão controlada e uso de fármacos como corticosteróides e anti-fibrinolíticos (estes últimos quando não há contra-indicações); e medidas específicas como realizar marcação adequada do excesso de pele palpebral a ser removida, dissecação em planos adequados, identificação correta de estruturas, e evitar excisão excessiva das bolsas de gordura orbitais. Já no pós-operatório, o paciente deve estar ciente e apto a realizar os cuidados adequados, com compressas geladas sobre os olhos, repouso relativo por ao menos sete dias, uso de anti-inflamatório e antibiótico via oral, higiene local, dentre outras orientações; além de acompanhamento ambulatorial de perto nas primeiras semanas, com novos retornos de acordo com a necessidade de cada caso. No presente trabalho, realiza-se os retornos em uma, duas e quatro semanas, e depois com três, seis e doze meses. Neste estudo, um alto índice de satisfação dos pacientes foi observado (94,28%), bem como uma baixa taxa de complicação permanente (8,57%), comparável com valores disponíveis na literatura, e sem nenhum evento grave.

Conclusão: Este estudo traz uma taxa de complicações pós-operatórias de blefaroplastia baixa; podendo demonstrar, juntamente com dados observados em literatura, que se trata de um procedimento cirúrgico eficaz e seguro quando há uma sistematização de cuidados pré, intra e pós-operatórios.

Palavras-chave: blefaroplastia; complicações.

TCP416 ISOTRETINOÍNA EM RINOPLASTIA

Autor principal: MAIRA SAID DIAS JABOUR

Coautores: RAÍSSA DE OLIVEIRA E ALBUQUERQUE, MICHELE SANDER WESTPHALEN, RAFAEL PESSOA PORPINO DIAS, BARTIRA REZENDE RAMOS, REBECA SILVA CHIABAI LOUREIRO, JOSE LUIZ TEIXEIRA RODRIGUES, CARLOS ALBERTO CAROPRESO

Instituição: Universidade de São Paulo

Objetivos: Avaliar com base na literatura vigente o uso da isotretinoína (IT) no tratamento complementar à rinoplastia (RP), sobretudo em pacientes com pele espessa.

Métodos: Foi realizada uma pesquisa avançada no mês de julho/2022 nas bases PubMed, Cochrane Library, ClinicalTrials.gov, Embase e LILACS com as palavras chave “rhinoplasty” e “isotretinoin”. Foram analisados todos os artigos encontrados, com seleção daqueles que convergiam com os critérios de inclusão deste trabalho. A busca resultou em 18 artigos, sendo metade deles excluídos, pois abordavam tópicos não relacionados aos objetivos deste trabalho ou encontravam-se em fase 3 (1,2), sem dados oficiais publicados. Dentre os artigos incluídos, constam ensaios clínicos duplo-cego controlados (4,6), ensaio clínico não controlado (8), série de casos (7), estudo retrospectivo (5), artigos de revisão (9, 11), descrição de técnica cirúrgica (10) opinião de especialista (17).

Resultados: Três artigos analisaram o uso da IT para tratamento da pele no pós-operatório de RP, sendo dois deles ensaios clínicos randomizados (4,6) e um estudo retrospectivo (5). Foram incluídos pacientes de pele grossa, com ponta nasal mal definida, com e sem acne, totalizando 368 pacientes. Eles receberam a medicação em doses entre 0,25 mg/kg/dia a 1 mg/kg/dia, por 2 a 6 meses e os três estudos mostraram Resultados favoráveis ao uso de IT no pós-operatório de RP. Houve melhora na qualidade da pele, na definição da ponta nasal ao longo do seguimento de 1 a 2 anos, além de maior satisfação com o resultado cirúrgico nos pacientes que fizeram uso da droga, em especial nos primeiros 3 a 6 meses de pós-operatório. Não foram descritos efeitos adversos importantes. Em ensaio clínico publicado em 2021, foi avaliado o uso da IT em pacientes com acne vulgar, sendo quantificada a alteração da espessura da pele nasal por meio de ultrassonografia, o que pode ser útil para pacientes que passarão por cirurgias plásticas. Identificou-se redução significativa da espessura da derme e dos tecidos moles subcutâneos (8). Estudo de revisão da literatura propôs algoritmos para o manejo do nariz de pele espessa, citando o derivado da vitamina A também como possibilidade terapêutica no pré-operatório para RP (9). Outro artigo de revisão evidenciou que esta mesma droga tem efeito anti-inflamatório comprovado e funciona mesmo em doses baixas para pacientes submetidos à plástica nasal (11). Dois artigos de descrição de técnica e opinião de especialista citam a IT como parte do protocolo para tratamento para nariz de pele espessa que realizariam aquela mesma cirurgia (10, 17). Em contrapartida, estudo retrospectivo de 2005, por meio de revisão de prontuários de 3 pacientes, constatou complicações possivelmente associadas ao uso da IT no pós-operatório de RP. Os pacientes fizeram uso da medicação entre 7 meses a 2 anos após a cirurgia, mantendo uso por 6 meses. Foram descritos adelgaçamento cutâneo, levando a proeminência das bordas de enxertos e assimetria de ponta nasal (7).

Discussão: A IT é comumente usada no tratamento da acne grave, mas nos últimos anos tem sido introduzida no manejo da pele espessa, em pré e pós-operatórios de RP. O uso deste fármaco tem como premissa aperfeiçoar o resultado cirúrgico sub-ótimo nestes casos, uma vez que o trabalho do cirurgião no arcabouço osteocartilaginoso acaba sendo minimizado pela cobertura cutânea.

Conclusão: O nariz de pele grossa é muito prevalente na população brasileira e representa um desafio para o cirurgião. O uso da IT antes e/ou após a cirurgia é uma ferramenta que pode facilitar o manejo cirúrgico e trazer maior satisfação pós-operatória. Apesar de já estar incorporada aos protocolos de muitos serviços de cirurgia plástica da face, poucos estudos sobre o tema estão disponíveis na literatura atual. São necessários novos estudos para avaliar o impacto dessa medicação na RP.

Palavras-chave: rinoplastia; isotretinoína; pele espessa.

TCP417

AVALIAÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS NO CONTROLE DE INFECÇÃO EM RINOPLASTIAS COM ENXERTO DE COSTELA

Autor principal: RODRIGO DOS SANTOS NEVES

Coautores: GILBERTO PIZARRO, MARÍLIA ALVES ARAÚJO FERREIRA, ANA LUIZA FARIA DIAS, MARIA ANGELA ZAMORA ARRUDA GREGOLIN, MARLON SOUZA COELHO, ANA BEATRIZ DE OLIVEIRA ASSIS, FERNANDO PIRES DE ARAUJO

Instituição: *Hospital Paulista*

Objetivos: Comparar incidência de infecção em pacientes submetidos a cirurgias de rinoplastia com enxerto autólogo de costela realizadas no centro cirúrgico do Hospital Paulista de Otorrinolaringologia entre os meses de março à maio de 2021 e os meses de março à maio de 2022 após readequação do protocolo para prevenção de infecções de sítio cirúrgico.

Métodos: Estudo retrospectivo realizado por meio do levantamento do número de casos de infecção em pacientes submetidos a cirurgias de rinoplastia com enxerto autólogo de costela nos períodos de março à maio de 2021 e março à maio de 2022.

Resultados: A incidência de infecção em pacientes submetidos a rinoplastias com enxerto autólogo de costela no período estudado de 2021 foi de 4,78% e diminuiu para 1,63% no período de 2022. A taxa média de infecção em pós operatório de rinoplastia com enxerto de costela observada em metanálise foi de 0,56%.

Discussão: A aderência ao protocolo de prevenção de infecção do sítio cirúrgico avaliando itens como: banho pré operatório, controle glicêmico, processo de degermação, antibiótico profilaxia, readministração de antibiótico a cada 4 horas, normotermia, tricotomia no intraoperatório e adequação na retirada da costela, levou a diminuição na incidência de infecção em pós operatórios de rinoplastia com utilização de enxerto autólogo de costela no período estudado de 2022.

Conclusão: Foi observada diminuição na incidência de infecção no pós operatório de cirurgias de rinoplastia com utilização de enxerto autólogo de costela realizadas no centro cirúrgico do Hospital Paulista após readequação de protocolo para prevenção de infecções de sítio cirúrgico de 4,78% para 1,63%.

Palavras-chave: rinoplastia; enxerto costela; infecção.

TCP418 ANÁLISE DE REINTERVENÇÃO EM RINOSSEPTOPLASTIA NO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HCPA

Autor principal: NATALIA BOCACCIO MAINARDI

Coautores: EDUARDO PRIESNITZ FRIEDRICH, SAMUEL AFONSO DE FREITAS TOLEDO, ISABELLA NAOMI WATANABE DI GESU, OTÁVIO AUGUSTO GONÇALVES DIAS CIONEK, LÍVIA GÖRGEN MORSCH, RAPHAELLA DE OLIVEIRA MIGLIAVACCA, MICHELLE LAVINSKY WOLFF

Instituição: *Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

Objetivos: Avaliar a taxa de reintervenção em rinosseptoplastia em um hospital universitário terciário do sul do Brasil.

Métodos: Estudo de coorte retrospectiva que incluiu pacientes submetidos à rinosseptoplastia funcional e/ou estética de fevereiro de 2014 a agosto de 2021 no Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Foram excluídos pacientes com informações incompletas ou indisponíveis, ou que já haviam realizado septoplastia ou rinosseptoplastia primária antes de fevereiro de 2014. Média foi utilizada para descrever dados contínuos e normalmente distribuídos. Mediana e intervalo interquartil (IQR) foram usados para descrever dados de distribuição não normal.

Resultados: Foram incluídos 244 pacientes. A mediana de idade foi de 33 anos (IQR 22-48), 58,9% eram do sexo feminino e 85,4% se autodeclararam como brancos. Foi utilizado o acesso fechado em 78,3% dos pacientes. A taxa de reintervenção em rinosseptoplastia foi de 19,2%. Dentre os pacientes que tiveram cirurgia de reintervenção, 59,3% eram do sexo feminino, 84% autodeclarados brancos e 76,4% tiveram técnica fechada na cirurgia primária. A mediana de idade na população de reintervenção cirúrgica foi de 33 anos (IQR 21-46). Quando correlacionado rinosseptoplastia secundária com técnica de cirurgia aberta ou fechada na rinosseptoplastia primária, não houve associação estatisticamente significativa ($p=0,149$).

Discussão: A rinosseptoplastia é uma cirurgia desafiadora que requer habilidade e sensibilidade do cirurgião para conciliar funcionalidade nasal com questões estéticas. Eventualmente, alguns pacientes que são submetidos a essa cirurgia ficam insatisfeitos com sua aparência estética e/ou função nasal e procuram por cirurgia revisional para corrigir deformidades persistentes ou novas oriundas da cirurgia primária. Em nossa amostra, proveniente de um hospital escola, foi constatada taxa de 19,2% de reintervenção após cirurgia primária, o que se deve a aspectos funcionais e/ou estéticos. São necessários mais estudos que abordem os fatores implicados em necessidade de reoperação em rinosseptoplastia.

Conclusão: Constatamos taxa de reintervenção de 19,2% em rinosseptoplastias primárias em um centro universitário no sul do Brasil.

Palavras-chave: rinosseptoplastia; reintervenção.

Autor principal: MARINA FARIA FIGUEIREDO

Coautores: DANIELA DIAS FABRICIO, MARTINA VITÓRIA FLACH DIETRICH, GUSTAVO GUTHMANN PESENATTO, BERNARDO DO PRADO RIBEIRO, JULIA TONIETTO PORTO, GABRIELA ALCOFORADO DE ABREU, LEONARDO ZANETTI FLORIAN

Instituição: PUCRS

Apresentação do caso: Paciente feminina, 34 anos, procura atendimento em consultório particular com desejo de realização de rinoplastia. História de realização de rinoplastia primária em outro local há cerca de 5 anos, tendo mantido queixa de ponta nasal caída e retração alar após o primeiro procedimento. Paciente refere ter procurado outro profissional no pós operatório com estas queixas, tendo sido utilizado preenchedor definitivo - que lhe foi dito se tratar de preenchedor temporário - em dorso e ponta para correção de irregularidades. Desde então, paciente apresentava queixa de nariz grande, terço médio largo, ponta sem definição e com desejo de aumento de sua rotação. Sem queixa funcional associada. Pele fina a moderada. Indicada rinoplastia estruturada com remoção do preenchedor definitivo e uso de enxerto de cartilagem costal. Realizada então rinoplastia aberta, removida grande quantidade de material do dorso e da ponta - enviado para anatomopatológico e posteriormente confirmado PMMA. Spreaders bilaterais, osteoplastia com broca, osteotomias laterais e transversa. Lateralização de domus, enxerto de extensão septal laterolateral a direita, redução de base alar. Posicionada fásia do músculo reto abdominal no dorso e free diced cartilage em supratip para correção de irregularidades após remoção do PMMA. Paciente evolui no pós operatório de forma satisfatória, apresentando resultado estético e funcional dentro do esperado e sem novas queixas após o procedimento.

Discussão: O uso de preenchedores definitivos vem aumentando com o passar dos anos devido, em grande parte, ao baixo custo e a seu apelo na correção de pequenas alterações estéticas nasais e faciais de forma minimamente invasiva. No mercado, há uma vasta gama de materiais disponíveis para o preenchimento da face - desde os preenchedores temporários como ácido hialurônico, os semi permanentes como hidroxiapatita de cálcio, e os permanentes como polimetilmetacrilato (PMMA). Preenchedores temporários, apesar de apresentarem maior perfil de segurança que os definitivos, necessitam de reaplicações periódicas para manutenção do resultado estético pretendido, aumentando seu custo. Já os definitivos, em contrapartida do seu custo reduzido, apresentam efeitos adversos imprevisíveis, esses podendo ocorrer tanto precoce quanto tardiamente a sua aplicação. Seu uso apresenta uma série de riscos - dos menores; como os relacionados ao aspecto inestético secundário aos granulomas de de corpo estranho; aos maiores, como a embolização vascular cursando com perda de visão ou necrose cutânea. A remoção dos preenchedores definitivos pode se dar de diversas formas - desde a remoção cirúrgica, aspiração, injeção de corticoesteróides e aplicação de laser intralesional.

Comentários finais: Na rinoplastia, o uso dos preenchedores definitivos apresenta um desafio técnico principalmente relacionado a presença de irregularidades da pele após sua remoção, devendo sempre o cirurgião estar preparado para o uso de técnicas de camuflagem destas irregularidades como as citadas neste caso clínico, bem como atentar para sinais precoces de sofrimento isquêmico cutâneo após sua remoção.

Palavras-chave: rinoplastia; PMMA.

Autor principal: MARIANA CAROLINA CUNHA MACHOSKI

Coautores: CAMILA SCHREIBER BORTOLAZZA, HENRIQUE GONÇALVES DUCHINI, LUIZ FELIPE ROECKER CECCON, MATHEUS DO NASCIMENTO JAMUR, FLÁVIA EMILLY RODRIGUES DA SILVA, KARIN CAROLINE SEIDEL, JEMIMA HERRERO MOREIRA HIRATA

Instituição: Hospital Santa Casa de Curitiba

Apresentação do caso: Feminina, 30 anos, sem comorbidades. Procurou avaliação para rinoplastia reparadora devido à complicações do uso de cocaína que utilizou por 5 anos. Afirmava não fazer uso de droga há mais de 2 anos. Possuía queixa funcional e estética importante. Ao exame físico, apresentava nariz em sela associado a perfuração septal ampla com desabamento de L-strut nasal, associado também a retração grave de pele ao redor de crura lateral cursando com estenose de vestibulo nasal.

Submetida a rinoplastia primária aberta com uso de enxerto de cartilagem de costela. De início foi confeccionado um novo L-strut nasal que foi ancorado entre o remanescente da cartilagem nasal superior e em septo residual em porção caudal. A área da mucosa apresentada pela paciente era bastante limitada, o que impossibilitou a confecção de enxertos mais robustos e maior projeção nasal. Paciente apresentava também grande área de fibrose dificultando o fechamento nasal. Também foi confeccionado um enxerto de alar rim articulado bilateral para melhora de abertura de vestibulo e fratura lateral baixa.

Discussão: As deformidades nasais podem ser ocasionadas por alterações congênicas ou devido a traumatismos, sequelas de rinoplastia, infecções, uso crônico de cocaína ou outras drogas inaláveis, doenças sistêmicas como as granulomatosas, hanseníase, tuberculose, leishmaniose, ressecções de tumores entre outros.

A cocaína utilizada por via inalatória, bloqueia os canais de íons de sódio nos nervos periféricos, resultando em efeito anestésico na mucosa nasal, além de causar euforia no usuário devido ao bloqueio da recaptação de dopamina, serotonina e noradrenalina, sensação que gera a dependência psicológica e física. Cerca de 5% dos usuários, o contato da cocaína com a mucosa nasal, resulta em lesões destrutivas da linha média, como a hiposmia por dano ao as terminações do nervo olfatório, ou por dano direto de tecidos, com formação de crostas e úlceras, perfuração do septo nasal e do palato, além de danos à estrutura óssea da base do crânio, da órbita e dos seios paranasais. Essas sequelas são de caráter multifatorial, como a vasoconstrição local, traumas mecânicos e químicos que acabam promovendo infecção bacteriana e necrose. Outros fatores sistêmicos como inibição de osteoblastos, imunossupressão e formação de autoanticorpos são sugeridos. Além disso é visto que há alterações na função ciliar, fazendo com que fatores locais nocivos sejam potencializados.

A parte mais importante do tratamento das perfurações septais e deformidades nasais, é a cessação do uso da cocaína e a exclusão de outras doenças que também cursam com tais danos. O uso continuado da droga está intimamente ligado a um resultado ruim da correção cirúrgica. Uma vez que exames de sangue e urina detectam metabólitos da cocaína apenas até 48-72h e que o relato de pacientes dependentes químicos pode ser duvidoso, é importante o acompanhamento do paciente por um período longo o suficiente para que se possa observar a estabilidade das lesões e, consequentemente, se confirmar a interrupção do uso da substância.

A rinoplastia aberta é um técnica que possibilita a reestruturação do nariz, viabilizando a utilização de enxertos que possam simular a estrutura nasal natural. O enxerto de extensão septal é um dos principais enxertos para este tipo de reconstrução, é versátil e pode controlar efetivamente a projeção do nariz, a forma e a rotação da ponta, uma vez que o enxerto columelar é eficaz apenas para unificar a ponta nasal, mantendo sua posição, não tendo controle sobre a rotação da ponta nasal. Estudos mostram que a posição da ponta nasal foi mais estável nos casos com enxertos de extensão septal do que naqueles com enxertos de estruturação columelar.

Comentários finais: O nariz em sela traz consigo estigmas que podem cursar com grande prejuízo social no paciente que o apresenta. A cirurgia com enxertos de cartilagem autóloga se mostram uma boa opção para reparação. Apesar da limitação da retração de pele, perfuração septal e mínima área de mucosa disponível com a técnica foi possível alcançar uma boa projeção e estruturação do vestibulo nasal.

Palavras-chave: rinoplastia reparadora; enxerto de extensão septal; nariz em sela.

Autor principal: RAVI RODRIGUES DE LIMA

Coautores: ANDRÉ FILIPI SANTOS SAMPAIO, CAMILA TONELLI BRANDÃO, EMANUELA YUMI FUGISAWA DE MELLO, REBECCA GALLARDO FRANCO DE ANDRADE, LILAYNE KARLA DE SOUZA ARAUJO, PENÉLOPE DE LIMA PETUCO, GODOFREDO CAMPOS BORGES

Instituição: PUC-SP

Apresentação do caso: Paciente feminina, 15 anos, apresentou quadro inflamatório local e dor em orelha esquerda após 20 dias da colocação de piercing. Há 02 dias removeu o piercing e evoluiu com piora progressiva do edema, hiperemia e dor local, predominantemente em polo superior do pavilhão auricular externo. Realizado previamente antibioticoterapia oral e punção de alívio do abscesso sem melhora clínica. Ao exame físico, pavilhão auricular externo esquerdo edemaciado 4+/4+, com hiperemia, calor e consistência amolecida. Exames laboratoriais colhidos demonstravam leucocitose e provas inflamatórias positivas. Sendo diagnosticado clinicamente pericondrite com formação de abscesso em orelha esquerda, procedeu-se com internação hospitalar, antibioticoterapia endovenosa e drenagem em centro cirúrgico. Realizado drenagem do abscesso pericondral, com saída de conteúdo

Serossanguinolento de coleção, associado à necrose parcial de cartilagem do polo superior da orelha. Foi coletada secreção para cultura, cuja qual evidenciou crescimento de *Pseudomonas aeruginosas*. Seguiu-se com realização de sutura captonada, com nylon 2.0 e interposição de pequenos fragmentos de sonda entre os bordos da sutura, para fornecer compressão externa e sustentação à região abordada. Paciente permaneceu em uso de ciprofloxacino oral e com 10 dias de pós operatório evoluiu com melhora clínica, resolução do edema e hiperemia, sem formação de novo abscesso. Entretanto, polo superior de orelha cicatrizou com flacidez de pele e deformidade estética devido à ausência de cartilagem, sendo orientada a seguimento com cirurgia plástica.

Discussão: A epidemiologia exata do hematoma auricular ainda não está completamente descrita. Porém, a ocorrência de patologias da orelha causadas por piercing é fato já descrito de forma abundante anteriormente, devendo assim ser levada em consideração como fator causal relevante. Tal fato pode ser corroborado por estudo de Hendricks W. de 1991 que já neste período demonstrou a relação direta da colocação do objeto com o desenvolvimento de processos infecciosos, sepse, linfadenopatia cervical superficial, dermatite, hematoma auricular, formação de tecido granuloso, dentre uma variedade de outras patologias. Tendo em vista que a cartilagem é relativamente avascular, o trauma causado pelo piercing é capaz de potencializar essa falha, o que resulta em baixo aporte sanguíneo e fornece um meio adequado para introdução e proliferação bacteriana, a qual poderia ser introduzida pela agulha ou através da arma perfuradora. A Infecção da pericondrite comumente é polimicrobiana, podendo ser encontrados: *Staphylococcus aureus*, *Proteus species*, Gram positivos e Gram negativos como a *Pseudomonas aeruginosa*, que recebe essencial destaque como a bactéria mais encontrada nas culturas. No caso do oto-hematoma, uma vez feito o diagnóstico o próximo passo deve ser determinar se o tratamento será feito em centro-cirúrgico ou à beira do leito. Se o hematoma tiver ocorrido há menos de 48 horas, a tentativa de drenagem é considerada apropriada. Por sua vez, o tratamento em quadros iniciais de pericondrite é realizado com desbridamento, drenagem de pontos flutuantes e antibioticoterapia tópica e oral, com a coleta de culturas para seu direcionamento. Deve-se optar pelo uso de antibiótico de amplo espectro com cobertura para *Pseudomonas*, sendo a Ciprofloxacino e a Ceftazidima as primeiras escolhas.

Comentários finais: O recente aumento significativo do uso de piercing na população, com destaque para os adultos jovens, tem elevado de forma considerável a incidência do hematoma auricular e, principalmente, da pericondrite. Se não realizado com a técnica adequada e materiais esterilizados, este procedimento considerado “simples” resulta em risco elevado para complicações estéticas e clínicas desfavoráveis. Nesse sentido, não apenas a orientação da população é essencial, como também o conhecimento e estudo aprofundado de tais patologias, de tal forma que o seu reconhecimento e tratamento sejam sempre realizados o mais rápido possível.

Palavras-chave: abscesso; pericondrite; piercing.

TCP422

RECONSTRUÇÃO DE FERIMENTO NASAL EXTENSO POR TRAUMA FACIAL COM SERRA ELÉTRICA: RELATO DE CASO**Autor principal:** RUTE ROCHA SANTOS**Coautores:** LÍVIA FERRAZ DE ALMEIDA CYRINO, ISADORA SEROTINI PERTINHEZ, JULIANA PAULINO DO AMARAL, FABRICIO EGIDIO PANDINI, SIMONE NAOMI ISUKA**Instituição:** Faculdade de Medicina de Jundiaí

Apresentação do caso: EPS, masculino, 41 anos, deu entrada no serviço de urgência geral devido trauma facial com serra elétrica durante atividade laboral, apresentando epistaxe de volume moderado associada a laceração nasal extensa acometendo columela, cartilagens quadrangular, lateral inferior esquerda, estendendo-se até hemiface esquerda, atravessando a cartilagem lateral superior esquerda, além de laceração em pálpebras superior e inferior à esquerda. Solicitada avaliação da otorrinolaringologia e da oftalmologia (paciente com acuidade visual normal, sem alteração de mobilidade e sem lesões em globo ocular, sendo liberado pela especialidade). No momento da avaliação da nossa equipe, apresentava sinais vitais estáveis, estabilidade hemodinâmica, sem comorbidades e relatava uso frequente de maconha e cocaína. Optou-se por abordagem cirúrgica sob anestesia geral e intubação orotraqueal, com lavagem exaustiva de ferida corto-contusa em face, remoção de bordos acometidos por lesão abrasiva, reconstrução de mucosa, cartilagens e tecidos moles através sutura por planos com fios absorvíveis e inabsorvíveis, associada à colocação de molde de silicone em fossa nasal esquerda. Paciente permaneceu internado por 3 dias, tendo recebido alta com orientações sobre cuidado com ferida operatória, antibioticoterapia via oral, lavagem nasal com soro fisiológico e encaminhamento para seguimento ambulatorial com equipe de Otorrinolaringologia. Apresentou evolução satisfatória em seguimento clínico pós-operatório, com boa evolução estética e funcional, apresentando cicatrização completa de lesão, sem retrações ou estenose de asa nasal esquerda e sem alterações de mobilidade e de acuidade visual.

Discussão: Os traumas nasais são um dos atendimentos mais frequentes realizados pelo Otorrinolaringologista na urgência. Como outros traumas faciais, o trauma nasal também acomete mais o sexo masculino e a idade mais afetada está entre os 15 e 40 anos. Entre as causas mais associadas a essa afecção destacam-se a violência interpessoal, atividades físicas de contato, quedas, acidentes automobilísticos e motociclísticos e acidente de trabalho. A grande quantidade de lesões na face se deve à enorme exposição e à pouca proteção desta região, o que acarreta frequentemente lesões graves, como por exemplo em ambientes ocupacionais quando não é realizado o uso adequado de Equipamento de Proteção Individual (EPI), de modo que parece haver maior insegurança relacionada aos métodos de trabalho do que às ferramentas utilizadas, que estão relacionadas às lesões. Além disso o nariz representa um dos centros mais importantes de atenção visual na face, e sua anatomia única, associada à importância estética e funcional dessa região, faz com que a sua reconstrução seja um desafio ao médico especialista. A cicatrização por segunda intenção dessas lesões pode acarretar prejuízo social importante para os pacientes, por vezes com necessidade de várias intervenções cirúrgicas posteriores.

Comentários finais: O trauma é um problema de saúde pública e é a segunda causa morte em geral no Brasil, sendo que é a primeira causa morte de indivíduos entre 11 e 40 anos de vida. Além de matar, deixa grande número de pessoas incapacitadas, na maioria jovens. O trauma deve ser encarado como “doença” e não como “acidente” ou “fatalidade” porque 50% ou mais das mortes e das lesões por trauma são evitáveis. Portanto, dada a elevada prevalência desse tipo de enfermidade, é necessário conscientizar os médicos sobre a importância do primeiro atendimento adequado para traumas faciais, para que o tratamento precoce e eficaz dessas lesões seja realizado e, especialmente, dar enfoque a medidas preventivas, como implementar medidas de proteção ocupacional, instituir protocolos nos ambientes de trabalho, minimizando a recorrência de tais eventos.

Palavras-chave: trauma facial; serra elétrica.

TCP423

RECONSTRUÇÃO DE PAVILHÃO EM PACIENTE COM DEFORMIDADE CONGÊNITA DO TIPO “CUP EAR”: RELATO DE CASO**Autor principal:** VICTORIA FRANCO GONCALVES**Coautores:** LUCAS DA SILVA BRAZ, JOSE CARLOS RODRIGUES CHAVES JUNIOR, JÚLIA RAMOS DE MELO, ISABELA GOMES MALDI, CÁRITA LOPES MACÊDO, PAULIANA LAMOUNIER E SILVA DUARTE, LARA RIBEIRO ROCHA DE MACEDO**Instituição:** *Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo*

Apresentação do caso: Paciente A.L.A.R., 9 anos, com deformidade congênita de orelha esquerda do tipo “cup ear”, queixava-se de incômodo com sua aparência, com comprometimento da qualidade de vida. Os pais relatavam ter procurado diversos especialistas (entre eles otorrinolaringologistas e cirurgiões plásticos), sempre tendo sua cirurgia contraindicada devido a provável resultado insatisfatório. Foi então encaminhada a um serviço terciário, tendo sido submetida à reconstrução do pavilhão com cartilagem conchal, com excelente resultado pós operatório.

Discussão: Deformidades congênitas da orelha externa são relativamente comuns, sobretudo as “orelhas em abano”, nas quais o paciente apresenta malformação da anti-hélice e hipertrofia da concha. Porém, outras deformidades ainda são um desafio na prática médica devido a seus Resultados limitados no pós operatório.

A paciente do relato apresentava “cup ear” à esquerda, com perda da sustentação da porção superior da hélice, além de hipertrofia da concha e malformação da anti-hélice, com apêndice retroauricular em região superior. A cirurgia foi realizada sob anestesia geral, com uma incisão riniforme retroauricular à esquerda, com ressecção de pele, de cartilagem de concha e de apêndice, além de tecido adiposo. Foram confeccionados enxertos de cartilagem em formato cuneiforme para reconstruir o ângulo da hélice e da anti-hélice, fornecendo suporte para a porção superior do pavilhão.

Comentários finais: Após 6 meses de seguimento, a paciente mantém um resultado pós operatório excelente, com melhora significativa do aspecto da orelha e encontra-se satisfeita.

Palavras-chave: ear cup; otoplastia; deformidade.

TCP424

OCORRÊNCIAS TRANSITÓRIAS DE SANGRAMENTO, EDEMA E OBSTRUÇÃO NASAL NO PÓS-OPERATÓRIO DE RINOPLASTIAS**Autor principal:** JULIA COELHO CYRIACO**Coautores:** VITÓRIA PERINOTTO DO NASCIMENTO, BRENO OLIVEIRA BORGES BRANCO, FELIPE LUCIO CORDEIRO FREITAS, GIOVANNA EMANUELLA PIFFER TANURI, JACQUELINE KUWAHARA ZOCANTE, RAE LUCAS MATIMOTO**Instituição:** HIORP - Instituto Maniglia

Introdução: Dados da Internaonal Society of Aesthetc Plasc Surgery (ISAPS) estimaram que em 2017 foram realizadas cerca de 4.189.830 cirurgias estéticas na face, sendo a rinoplastia a segunda mais incidente. O Brasil é o país que mais realiza o procedimento em todo o mundo e em 2020 a busca por essa intervenção crescer 4800%. Devido a essa grande demanda, é necessário uma atenção especial no pós-operatório de ocorrências transitórias que podem evoluir para complicações mais graves e levar a óbito.

Objetivo: Analisar a ocorrência de sangramentos, edemas e obstruções nasais no pós-operatório de rinoplastias.

Metodologia: Trata-se de uma revisão asistemática, que seguiu as recomendações do relatório *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta- analyses* (PRISMA). A pergunta de pesquisa foi “Quais as principais complicações da rinoplastia (Co) que podem ocorrer no pós-operatório (I) e podem levar ao óbito (P)? As buscas foram realizadas na PubMed, LILACS e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizados os unitermos: “rinoplastia” AND “pós-operatório” AND “complicações”. Foram selecionados artigos publicados em inglês, espanhol e português sem limitação de tempo. Após o levantamento, as duplicatas foram excluídas, e os títulos e resumos foram avaliados, seguindo os critérios de inclusão.

Resultado e Discussão: De um total de 269 artigos, 37 fizeram parte da amostragem, os edemas tem chamado a atenção no pós-operatório de rinoplastias, onde quanto maior for a retirada de cartilagem, inserção de enxertos maior será o edema na região. Porém, traumas sofridos durante a cirurgia, de acordo com a literatura, tem mantido os edemas por mais de um ano após o procedimento complicando a função respiratória do paciente. Já em relação a epistaxe, sangramento em pacientes de rinoplastia no pós-operatório é normal, caso não se prolongue. Deve se tomar cuidado com a ingesta de anticoagulantes ou agentes antiagregantes plaquetários. Em casos graves de sangramento deve-se realizar uma cirurgia endoscópica de emergência, com o intuito de coagular o septo esfenopalatino e os ramos laterais. Em relação a obstrução nasal, essa é a complicação trasitpória que mais leva os pacientes de rinoplastia a voltarem a mesa de cirurgia. A lavagem com soro geralmente resolve por alguns dias, porém, se a complicação permanecer deve ter sido causada por excesso de enxertos na região e o paciente deverá se submeter a outro procedimento.

Conclusão: A rinoplastia é um procedimento considerado bastante seguro mas deve-se tomar cuidado para que complicações transitórias não causem danos permanentes.

Palavras-chave: rinoplastia; epistaxe; pós-operatório e complicações.

RETALHO DE MUCOSA JUGAL PARA COBERTURA DE ENXERTO DE CARTILAGEM COSTAL: RELATO DE CASO

Autor principal: GUSTAVO GUTHMANN PESENATTO

Coautores: JOAO PEDRO TEDESCO GARCIA, LEONARDO SANTOS DE BARROS SPENCER, GERSON SCHULZ MAAHS, MARINA FARIA FIGUEIREDO, MARTINA VITÓRIA FLACH DIETRICH, BERNARDO DO PRADO RIBEIRO, THOMAS PETER MAAHS

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Apresentação do caso: Paciente feminina de 37 anos, procura atendimento por insatisfação com estética nasal. Refere trauma de face por acidente automobilístico em 2018 e realizou rinosseptoplastia no mesmo ano para correção pós-traumática. Queixava-se de nariz curto, pequeno, com ponta sem formato e projeção, além de dorso tortuoso e narinas assimétricas. Foi planejada rinosseptoplastia secundária com enxerto de costela, em setembro de 2021, com posicionamento de spreaders bilaterais, enxerto de extensão septal duplo, fraturas nasais, alar rim articulado bilateral e cap graft, com significativo alongamento do nariz e aumento da projeção. Ainda no período intraoperatório, no momento do fechamento da columela, notou-se área de coloração mais escura em columela, porém sem aspecto necrótico. Optado por mantê-la em observação por 24h em internação hospitalar, notando intensificação da área de escurecimento. A paciente foi prontamente encaminhada para câmara hiperbárica – realizando 15 sessões. Também recebeu antibioticoterapia via oral e tópica (mupirocina em columela e intranasal) e EPIfactor®. Paciente apresentou melhora progressiva, e com 15 dias de pós-operatório foram retirados os pontos cirúrgicos. Após a remoção das suturas, houve retração da incisão columelar com discreta abertura da região peri-incisional. Em nova revisão, com 1 mês de pós operatório, a paciente apresentou retração da mucosa nasal em fossa nasal esquerda, expondo cartilagem septal anterior e enxerto de cartilagem costal. Foi optado por procedimento com anestesia local, com nova sutura da incisão columelar e mucosa de FNE, com confecção de pequeno retalho de alongamento da columela para alívio de tensão. Porém, após uma semana houve nova retração com nova exposição da cartilagem costal e decidido por correção cirúrgica. Foi realizado procedimento com retalho gengivo-labial de lábio superior, com pedículo seguindo trajeto de túnel confeccionado entre a gengiva superior e fossa nasal esquerda, cobrindo a área septal exposta, além de nova sutura da região columelar. Após 1 mês, o retalho estava com boa vitalidade, porém com nova exposição pequena de cartilagem costal. Realizado novo procedimento cirúrgico para mobilização do retalho para cobertura de nova exposição. Após 1 mês, foi removido o pedículo do retalho, sem intercorrências. A paciente seguiu acompanhamento ambulatorial com boa evolução.

Discussão: A rinosseptoplastia é uma de extensa complexidade, com considerável potencial de complicações estéticas ou funcionais. A taxa de infecção varia entre 0,4% a 12%, porém pode aumentar consideravelmente na presença de complicações com exposição cartilaginosa. A exposição da cartilagem costal após retração incisional necessitava de cobertura de mucosa com brevidade primariamente para evitar infecções e piores desfechos. Para a correção do defeito apresentado neste caso, optou-se por uma técnica tradicionalmente utilizada para cobertura de perfuração septal. A técnica de retalho gengivo-labial, descrita por Dr John Burke Tipton em 1970, consiste em confecção de retalho da face interna de lábio superior, com pedículo em trajeto tunelizado entre o sulco gengival superior, próximo ao frênulo labial superior, e a fossa nasal correspondente.

Comentários finais: O caso descrito exemplifica uma possível complicação em rinosseptoplastia, com grande potencial de evolução desfavorável, mas que apresentou desfecho positivo ao utilizar técnica de correção cirúrgica pouco convencional. A técnica de tunelização para rotação de retalho proveniente da face interna de lábio superior promoveu uma adequada cobertura da exposição cartilaginosa em extensão septal. Ressalta-se a importância da pronta correção da complicação apresentada e a possibilidade da utilização da técnica mencionada para desfecho favorável, conforme seguimento ambulatorial observado.

Palavras-chave: cirurgia plástica; retalhos cirúrgicos; otorrinolaringologia.

RINOPLASTIA TERCIÁRIA PARA CORREÇÃO DE ASSIMETRIAS EM RINOPLASTIA DE PACIENTE COM LÁBIO LEPORINO

Autor principal: KAROLINE NERIS CEDRAZ

Coautores: NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO, MARÍLIA MONTIS LANZAROTTI HOSKEN, HELAINA PEIXOTO GURGEL, LIVIA MODESTO SOTERO MARCOS, ARTUR GRINFELD

Instituição: Hospital Otorrinhos

Apresentação do caso: Paciente, sexo feminino, 37 anos, apresenta quadro de lábio leporino com fissura pré-forame, que acomete a lábio e fossa nasal esquerda. Por desejo estético a mesma foi submetida à cirurgia de rinoplastia, há 03 anos na intenção de ganho de projeção nasal, aumento de dorso, refinamento da ponta e principalmente correção da assimetria importante de fossa nasal esquerda; devido retração cicatricial da inserção desta asa nasal, adquirida previamente na cirurgia de tratamento da fissura do lábio leporino. Porém, mesmo após a rinoplastia a paciente ainda mantinha-se insatisfeita do ponto de vista estético, uma vez que o nariz ainda apresentava esta assimetria evidente. Após 01 ano, foi submetida à segunda rinoplastia revisional, agora com necessidade de enxerto costal, para melhor estruturação de dorso ponta e assimetria de fossas nasais. Sobretudo após 03 meses de rinoplastia, mesmo com uso de modelador nasal, para manter a abertura narinária ideal, foi observado que com a melhora do edema do pós operatório, a assimetria de fossas nasais mais uma vez voltava a se firmar, implicando em novamente no rebaixamento da asa nasal esquerda (sugestiva de memória muscular do anel fibroso de origem congênita, devido a fissura palatina corrigida nesta região nasal) que implicava com insuficiência de válvula externa, reduzindo a sua qualidade respiratória. Uma nova abordagem, terciária, foi programada para melhoria estética e funcional da paciente, após 01 ano, novamente com necessidade de enxerto costal; na tentativa de evitar retração de implantação de asa nasal esquerda - como de costume nesta paciente, foi aplicado cartilagem picada em “diced” em um túnel mucoso formado na base da asa nasal retraída, formando uma soleira cartilagem para melhor sustentação nesta região, foram também necessárias manobras mais invasivas de soltura de fibras muscular interna e fibrose, para romper as forças de tração que estimulavam o retorno tardio da retração. Após este último procedimento, houve melhora importante da assimetria, com pouquíssima retração de asa nasal, a paciente manteve-se satisfeita com o resultado e houve melhora do padrão respiratório.

Discussão: pacientes que apresentam cicatrizes em face, principalmente provenientes de correção de lábio leporino é sempre um desafio, do ponto de vista estético quando o assunto é rinoplastia, uma vez que retrações cicatriciais próximas ao nariz, produz assimetrias que dependendo da memória muscular, pode comprometer o resultado a longo prazo. por vezes são necessárias mais de uma abordagem cirúrgica para melhorar a estética de retrações que voltam a se formar após meses da cirurgia. Neste caso além de três cirurgias revisionais, foi observado que uma boa opção é a aplicação de enxerto de cartilagem em assoalho da base nasal para assegurar um suporte na inserção da asa que tem tendência a retração. Desta forma, esta técnica garantiu por fim um bom resultado, melhorando a estética e funcionalidade respiratória da paciente.

Conclusão: Sobretudo, pacientes de lábio leporino devem ser bem instruídos quanto à expectativa do resultado final que espera do nariz, uma vez que dificilmente haverá uma simetria perfeita, retrações residuais tendem a permanecer devido a memória muscular e intensa fibrose congênita, de correção prévia da fissura. O cirurgião deve também estar ciente que as complicações estéticas podem nestes casos aparecer a longo prazo, mesmo após o terceiro mês de cirurgia.

Palavras-chave: cirurgia plástica; rinoplastia; lábio leporino.

TCP427

RELATO DE CASO DE SEROMA RECORRENTE EM PACIENTE QUE REALIZOU LIPOASPIRAÇÃO DE PAPADA.**Autor principal:** KAROLINE NERIS CEDRAZ**Coautores:** HELAINA PEIXOTO GURGEL, LIVIA MODESTO SOTERO MARCOS, ARTUR GRINFELD**Instituição:** Hospital Otorrinhos

Caso clínico: paciente, sexo masculino, 38 anos, sem comorbidades prévias, por razões estéticas, submeteu-se a lipoaspiração de papada, há 01 anos. No pós operatório iniciou sessões de drenagem linfática de pescoço e uso de faixa elástica tipo taping. Porém, após dez dias do procedimento, foi percebido um hematoma na região, indolor, tumescente e sem sinais de infecção. Foi necessário abordagem agressiva com troca do antibiótico de amoxicilina com clavulanato ao qual o paciente estava em uso como rotina profilática, pelo antibiótico ceftriaxona intramuscular por 07 dias, além de punção do hematoma. Entretanto mesmo após a punção de todo hematoma, houve recidiva no dia seguinte do edema, de aspecto amolecido, indolor e sem sinais de flogose. Foi então necessária nova punção com saída de pouca secreção hemática. Nesta ocasião, além da manutenção do antibiótico, foi necessário a realização de curativo compressivo com taping, gaze e ataduras em faixa. O caso foi discutido com uma fisioterapeuta especializada em drenagens pós operatória, foi então estipulado sessões de drenagem linfática de pescoço a cada dois dias, com uso associado de ultrasson e aparelhos de infravermelho para evitar nova formação de edema local. O tratamento conclui-se com 06 sessões de drenagens e uso de curativo compressivo contínuo. Apesar da regressão do edema, formaram-se fibroses na região da papada com retrações de pele e nódulos perceptíveis ao toque, o paciente foi então orientado manter as sessões de drenagem para melhorar a qualidade cicatricial e aparência das retrações fibróticas.

Discussão: cada dia mais fica evidente a necessidade de cuidado multidisciplinar ao paciente, desde procedimentos complexos aos mais simples. A recorrência do seroma e hematoma está diretamente ligado ao cuidado pós operatório com drenagens e uso de curativos compressivos, para evitar espaço morto entre a pele e região muscular. A escolha do profissional para realização das drenagens é de suma importância pois aqueles que não estão especializados em tratamento de pós operatório, pode até mesmo complicar o resultado do procedimento, caso seja feita de uma forma inadequada, usando maior pressão que o exigido, o que promoveria mais inflamação local e mais edema.

Conclusão: Lipoaspiração de papada apesar de ser um procedimento simples, pouco invasivo, pode trazer consequências e sequelas estéticas se não for obedecido o cuidado pós operatório com uso de faixas, tapings e drenagens linfáticas do pescoço; que devem ser iniciados no pós operatório imediato. Uma vez que o aparecimento de seroma pós lipoaspiração de papada apesar de infrequente pode trazer sequelas estéticas irreparáveis.

Palavras-chave: lipoaspiração; papada; seroma.

Autor principal: MATHEUS TELES FARIA DE ARAÚJO

Coautores: KARINA MEZALIRA, ANTONIO CARLOS CEDIN

Instituição: *Beneficência Portuguesa de São Paulo*

Objetivos: Buscar evidências científicas do uso da isotretinoína em pacientes submetidos à cirurgia de rinoplastia, bem como avaliar as posologias, Resultados e efeitos colaterais.

Métodos: Realizamos uma busca com as Palavras-chave: “rhinoplasty” e “isotretinoin” nos seguintes bancos de dados em agosto de 2022: CENTRAL, PubMed e LILACS. Foram incluídos todos os ensaios clínicos e série de caso, independente do ano de publicação, e foram excluídos os artigos onde não foi realizada a cirurgia de rinoplastia.

Resultados: Três artigos foram obtidos a partir do critério de seleção utilizado.

Cobo e Vitery apresentaram uma série com 17 casos, em que usaram a dose de 0,25-0,5mg/kg/dia no primeiro mês após a cirurgia e mantido por 4 a 6 meses, com follow-up de pelo menos um ano. Observaram que todos os pacientes apresentam melhora significativa na aparência e textura da pele do nariz e da face, e ainda, melhor definição de ponta, sem qualquer tipo de alteração na cicatrização. O estudo não possui uma metodologia específica e bem detalhada, não descrevem sobre os efeitos colaterais e a falta do grupo controle dificulta sua replicabilidade.

Yahyavi et al, apresentaram um ensaio clínico randomizado controlado aberto com 303 pacientes que usaram isotretinoína na dose de 20mg/dia, iniciando 2 semanas antes até 2 meses após a cirurgia, com um follow-up no 1º, 3º, 6º e 12º mês. O nível de satisfação dos pacientes foi significativamente maior no 1º e 3º mês no grupo intervenção associado também à um menor grau de oleosidade da pele. Apesar disso, relatam uma severidade da acne significativamente maior no 1º mês do grupo de intervenção. Os efeitos colaterais mais comuns observados foram: quelite, xerose e cefaleia.

Sazgar et al, descrevem o único ensaio clínico randomizado controlado duplo-cego com 24 pacientes, onde o grupo intervenção usou 0,5mg/kg/dia iniciado com um mês de pós-operatório e mantido por 3 meses, com follow-up de 3, 6 e 12 meses. A satisfação do paciente e o resultado estético avaliado por um especialista (otorrinolaringologista e dermatologista cegados) foi significativamente maior no 3º e 6º mês da cirurgia, embora não tenha tido resultado significativo após 12 meses de cirurgia em comparação com o grupo controle. Os efeitos colaterais mais comuns observados foram: ressecamento nasal e epistaxe.

Discussão: A rinoplastia é uma das cirurgias faciais mais realizadas no mundo, sendo a pele grossa e oleosa um dos manejos mais complexos. Nesses pacientes, obter uma ponta bonita e bem definida é um desafio. A isotretinoína é a única terapia oral que tem um impacto significativo em todos os fatores relacionados à acne, resultando em uma redução na produção das glândulas sebáceas, na gênese de comedões, na acnes e ainda tem um efeito anti-inflamatório.

Uma das maiores preocupações do uso perioperatório da isotretinoína é sua possível interferência na cicatrização da pele. Porém, esses estudos mostram que não há dados suficientes que suportam essa interferência e ainda não houve alteração na cicatrização nos grupos de intervenção. A dose utilizada nos estudos é considerada uma dose baixa, entre 0,3-0,5mg/kg/dia por 3 meses, com bons Resultados estéticos e pouco efeitos colaterais. Os efeitos colaterais observados foram relacionados ao ressecamento da pele e glândulas, que foram resolvidos clinicamente com hidratação.

Conclusão: O Resultados pós cirúrgicos da rinoplastia associado ao uso da isotretinoína, nos pacientes com pele grossa e com tendência a acne foram: melhora na definição da ponta nasal, melhora na aparência e na textura da pele do nariz. Houve divergência nas doses utilizadas e no tempo de início da medicação após a cirurgia entre os estudos, por isso, mais ensaios clínicos controlados e duplo-cego são necessários para melhor sistematização dos Resultados.

Palavras-chave: rinoplastia; isotretinoína; estética facial.

Autor principal: GUSTAVO CEDRO SOUZA

Coautores: MARIA FERNANDA BARBOSA SOUZA, GUILHERME CABRINI SCHEIBEL

Instituição: Hospital Veredas

Apresentação do caso: Nariz feminino, curto, submetido a rinoplastia revisional secundária, com retirada de 6 cm da 6ª cartilagem costal, com manutenção do pericôndrio posterior íntegro. Paciente com nariz com característica de pele grossa, pouco elástica. Radix discretamente baixo. Dorso baixo, largo com afundamento lateral. Supratip elevado. Ponta hiperprojetada, hiper rodada, volumosa, assimétrica. Parede lateral colapsada. Columela assimétrica. Ângulo nasolabial obtuso. Narinas largas, retraídas com pendência alar, indentação. Após descolamento, paciente com resquício de cartilagem na ponta, cartilagens laterais inferiores amputadas, dorso amputado, com programação cirúrgica de extensor septal, spreader estendido, suporte de parede lateral e ressecção de base alar.

Discussão: A rinoplastia revisional é um desafio cirúrgico visto às imprevisibilidades das alterações encontradas no intraoperatório. Este foi um caso desafiador visto a condição estrutural em que o nariz apresentava, e para a sua resolução foi necessário realização da técnica full open, reconstrução do L-strut com cortes oblíquos da cartilagem costal, osteotomia lateral baixa à direita com complemento manual, sutura de ossos nasais, spreader graft estendido bilateral, extensor septal término-terminal, turkish graft, enxerto de camuflagem/substituição/reconstrução de lateral óssea à direita, DCF alado para reconstrução de laterais superiores bilateralmente, lateralização domal à direita, revestimento de laceração em septo à esquerda com pericôndrio, alar rim articulado bilateral, enxerto complementar de pericôndrio em alar rim esquerdo, cartilagem ralada em faceta bilateral, free diced em laterais superiores, para recobrir irregularidades, alectomia bilateral e cerclagem.

Comentários finais: O controle do resultado final da rinoplastia reside no aumento da estabilidade da estrutura nasal, associado a uma boa técnica. Neste caso, em que havia a ausência de septo nasal e ausência da cartilagem lateral superior, sem estruturas para sustentação, o desafio foi estruturar com técnicas adequadas o nariz por completo, com consequente aumento do nariz, ponta e infratip projetado, considerável elevação do dorso, área K e radix. A medida das narinas era 42 mm no pré-operatório, 45mm pós alar rim, 41,5 mm pós alectomia e 39 mm pós cerclagem. A execução das técnicas realizadas neste caso desafiador proporcionou alcançar o objetivo planejado e, com uma adequada estruturação do nariz, uma diminuição da taxa de revisão cirúrgica e aumento do resultado satisfatório do paciente.

Palavras-chave: rinoplastia; revisional; técnicas.

Autor principal: MARCELA POZZI CARDOSO

Coautores: ANGELICA SOUZA FERREIRA, TERESA CRISTINA MENDES HIGINO, MARIANA HELENA GENESINE FERREIRA, NICIA OLIVEIRA REIS SANTANA, MARIANA DANTAS AUMOND LEBL, MARIANA LOPES FÁVERO, MONICA ELISABETH SIMONS GUERRA

Instituição: DERDIC/PUC

Apresentação do caso: Paciente BAO, 4 anos, sexo feminino, vem para consulta foniátrica devido a atraso no desenvolvimento da linguagem e dificuldade na interação com outras pessoas. A criança tem um irmão mais velho (9 anos) que também apresentou atraso de linguagem e fez fonoterapia por 4 anos, foi diagnosticado com TDL. BAO falou suas primeiras palavras com um ano, mas não era fala com intenção comunicativa. Foi amamentada até os 10 meses e os pais não achavam que a criança teria problemas de linguagem nesse período. Iniciou na escola com 1 ano e 8 meses, porém com o início da pandemia de COVID, saiu da escola e como os pais estavam em home office, a criança ficava exposta à telas por muitas horas.

Aos 3 anos de idade voltou à escola e a professora chamou a atenção para o fato da criança não falar e nem ter intenção comunicativa, além disso não compartilhava a atenção, não apontava e não pedia quando queria algo. A escola relata também pouca interação com o grupo e que se dispersa muito facilmente. BAO fica em período integral na escola, come sozinha, não controla esfíncter e não apresenta fala estruturada, porém canta. Faz fonoterapia 2x por semana desde outubro de 2021.

Durante a avaliação foniátrica apresentou interesse pelos brinquedos, mas não estabeleceu relação com o examinador, não compartilhou atenção e nem trocou turnos. Apresentou ecolalia imediata e tardia. Não demonstrou simbolismo na brincadeira, enfileirou brinquedos, algumas vezes usou os usou de forma funcional, mas gostava de rodar as rodas do carrinho, demonstra comportamento bastante repetitivo e restrito e não atendia ordens simples. Em vários momentos apresentou movimentos com o corpo, mantendo as pernas sentadas abertas e os braços esticados. Ao exame otorrinolaringológico não apresentava alterações, foram observadas 2 manchas na pele e uma região de alopecia no couro cabeludo. Tem avaliação auditiva normal, sem perda auditiva. Diante deste quadro clínico foi feito diagnóstico de TEA e encaminhada para terapias.

Discussão: Em crianças com atraso no desenvolvimento de linguagem a avaliação auditiva é primordial. Embora o atraso da linguagem seja um dos primeiros sintomas dos transtornos do neurodesenvolvimento, como por exemplo o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o Transtorno de Desenvolvimento de Linguagem (TDL), muitas vezes a audição pode estar alterada. No presente caso, a criança apresentava audição normal e grande atraso tanto na linguagem receptiva e expressiva, quanto no neurodesenvolvimento. Apesar das causas dos atrasos de fala e linguagem serem multifatoriais, estudos mostram a presença de diversas mutações genéticas que estariam implicadas nesse atraso. Algumas dessas mutações podem ter o mesmo gene como causador de TEA e TDL, o que poderia explicar a ocorrência de vários membros da família.

Considerações Finais: Este caso ilustra a importância da avaliação foniátrica para o diagnóstico diferencial médico dos transtornos do neurodesenvolvimento, a relação entre os quadro de TEA e TDL e a importância de pensar em diagnósticos dos atrasos de fala além da surdez.

Palavras-chave: TEA; surdez; neurodesenvolvimento.

Autor principal: NICIA OLIVEIRA REIS SANTANA

Coautores: MARCELA POZZI CARDOSO, TERESA CRISTINA MENDES HIGINO, MARIANA HELENA GENESINE FERREIRA, MARIANA DANTAS AUMOND LEBL, ANGELICA SOUZA FERREIRA, VANESSA MAGOSSO FRANCHI, GILBERTO BOLIVAR FERLIN FILHO

Instituição: DERDIC/PUC

Apresentação do caso: Paciente RSDD, sexo masculino, 8 anos, vem para reavaliação no CEAC devido a dificuldade de aprendizagem. A criança já havia iniciado atendimento no CEAC em 2014 devido a falha na TANU. Nascido a termo de parto normal e foi de alta com a mãe. Nega história familiar de perda auditiva e a gestação ocorreu sem intercorrências. O exame ORL não apresentava alteração. Falhou no reteste de EOA a esquerda e na direita apresentou resposta apenas em duas bandas. Foi realizada audiometria VRA que mostrou perda sensorineural leve a direita e leve a moderada a esquerda e imitanciometria normal. Manteve acompanhamento neste serviço até 2016 quando não retornou mais. Retorna então para reavaliação auditiva devido a dificuldade escolar. A mãe refere que a criança fez fonoterapia dos 6 aos 7 anos devido a alteração na fala. Durante o ano de 2020- 2021 não conseguiu acompanhar as aulas on line e atualmente está no 3º ano do ensino fundamental mas não está alfabetizado. Segundo a mãe, a criança às vezes parece não atender quando chamado. A criança também passou por avaliação com neurologista da UBS devido a uma suspeita de TEA mas que foi descartada. Surgiu nesse período uma hipótese de transtorno de atenção.

Ao exame ORL não apresentou nenhuma alteração. Fez nova audiometria e apresentou, no presente exame, perda auditiva sensorineural moderada bilateralmente nas frequências médias, imitanciometria normal.

Discussão: O diagnóstico precoce e acompanhamento das crianças com falha na TANU é de suma importância para que a perda auditiva seja detectada o quanto antes, permitindo que a intervenção seja feita o mais cedo possível para o melhor desenvolvimento do indivíduo. O diagnóstico auditivo também é fundamental para diagnóstico diferencial dos casos de dificuldades escolares e suspeita de transtorno de atenção.

Comentários finais: O presente caso demonstra a importância do acompanhamento auditivo das crianças com risco para perda auditiva. Também mostra como a falta de acompanhamento pode impactar no desenvolvimento do indivíduo.

Palavras-chave: perda auditiva; aprendizagem; avaliação auditiva.

TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO E PERDA AUDITIVA SENSÓRIO NEURAL PROFUNDA: A IMPORTÂNCIA DE REALIZ

Autor principal: MARIANA DANTAS AUMOND LEBL

Coautores: TERESA CRISTINA MENDES HIGINO, MARIANA HELENA GENESINE FERREIRA, NÍCIA OLIVEIRA SANTANA REIS, MARCELA POZZI CARDOSO, ANGELICA SOUZA FERREIRA, MARIANA LOPES FÁVERO

Instituição: DERDIC - PUC SP

Apresentação do caso: ICVA, masculino, 4 anos, vem para consulta foniátrica por atraso de linguagem e resposta insatisfatória ao implante coclear em orelha direita. Antecedentes perinatais: parto cesáreo, 40 semanas, sem intercorrências, alta da maternidade com a mãe. Passou na triagem auditiva neonatal. Amamentação exclusiva até 1 ano. Introdução alimentar sem intercorrências. Sentou com 8 meses, andou com 1 ano e 7 meses. Ainda não desfraldou. Iniciou balbúcio com 3 anos. Não tem olhar continente, não brinca com outras crianças. Gosta de brincar girando no próprio eixo, balançando o tronco para frente e para trás ou girando as rodas dos carrinhos. Bate a cabeça na parede e anda na ponta dos pés. Realizou avaliação auditiva aos 3 anos, com diagnóstico de perda auditiva sensório-neural profunda bilateral. Foi solicitada tomografia computadorizada de ossos temporais que mostrou malformação cócleo-vestibular. Após 2 meses de uso de aparelho de amplificação sonora individual (AASI), foi submetido ao implante coclear à direita. Logo após a ativação começou a emitir sons e perceber ruídos ao seu redor, porém não houve mudança em seu comportamento, nem tampouco aumento de intenção comunicativa, por este motivo foi solicitada avaliação foniátrica. Durante a avaliação foniátrica a criança estabeleceu pouco contato com os examinadores, não fez contato visual, não teve atenção compartilhada e sua brincadeira era pouco estruturada e sem simbolismo. Usava o adulto como instrumento para realizar suas vontades. Interessou-se pelo interruptor de luz, acendendo e apagando inúmeras vezes. Durante toda a consulta tirava e colocava objetos em uma sacola de maneira repetida. Apresentou estereotípias orais. Em teste de equilíbrio dinâmico, apresentou instabilidade da marcha e alargamento da base. Não foi possível avaliar praxias orais ou manuais. O exame otorrinolaringológico não apresentou alterações. Diante do quadro clínico, foi feita hipótese diagnóstica de Displasia cócleo-vestibular que levou a perda auditiva sensório-neural profunda bilateral e Transtorno do Espectro Autista (TEA). Foi encaminhado para fonoterapia auditiva e de linguagem, terapia ocupacional para integração sensorial e escola de Libras.

Discussão: esse caso mostra a importância da avaliação auditiva e foniátrica em casos de transtornos de linguagem. A audição desempenha papel fundamental na aquisição e desenvolvimento da linguagem, dessa forma a perda auditiva pode ser considerada como importante fator causador de atrasos significativos no desenvolvimento infantil.

Comentários finais: não é raro que crianças que estão dentro do Transtorno do Espectro do Autismo não recebam seu diagnóstico auditivo de forma correta, já que muitos de seus comportamentos são atribuídos ao transtorno. Por este motivo, é tão importante reforçar que em todos os casos de transtorno ou atrasos de linguagem é mandatória a avaliação auditiva, já que transtornos do neurodesenvolvimento podem coexistir com perdas auditivas. Não receber o diagnóstico correto de ambas as condições, torna a reabilitação ainda mais difícil e prejudicial para a criança e sua família.

Palavras-chave: autismo; perda auditiva; neurodesenvolvimento.

QUEIXAS DE APRENDIZAGEM SÃO SEMPRE DECORRENTES DE DISTÚRBO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL?

Autor principal: TERESA CRISTINA MENDES HIGINO

Coautores: MARCELA POZZI CARDOSO, ANGELICA SOUZA FERREIRA, MARIANA HELENA GENESINE FERREIRA, MARIANA DANTAS AUMOND LEBL, NÍCIA OLIVEIRA SANTANA REIS, VANESSA MAGOSSO FRANCHI, GILBERTO BOLIVAR FERLIN FILHO

Instituição: DERDIC PUC

Apresentação do caso: Paciente MRM, 9 anos, sexo feminino, vem para consulta foniátrica devido a dificuldades na aprendizagem (leitura, escrita e matemática) e falta de atenção. MRM apresentou atraso no desenvolvimento da linguagem e aos 3 anos de idade falava com muitas trocas. Aos 4 anos de idade as trocas persistiam, por este motivo foi encaminhada para fonoaudióloga devido ao desvio fonológico e sintático que comprometiam a compreensão do seu discurso. Na escola, tinha dificuldade para compreender ordem simples, aos 4 anos dificuldades na identificação das cores, números e letras que persistiram até os 7 anos. Aos 6 anos de idade, por ainda permanecer com dificuldade em sintaxe, vocabulário e dificuldades na alfabetização, optou-se por associar terapia fonoaudiológica e psicopedagogia. Mesmo assim, as dificuldades escolares se mantinham, foi solicitado exame de audiometria, que se encontrava normal e exame de Processamento Auditivo Central (PAC). O exame de PAC demonstrou alteração em ordenação temporal não verbal, figura fundo e interação binaural. Foi proposto terapia em cabine, sem nenhuma melhora do quadro relacionado a alfabetização. Antecedentes familiares: dois primos com diagnóstico de TDAH, tio paterno e filho dificuldades de aprendizagem. O pai é concursado público (ensino superior) e a mãe doutora em matemática. Tem dois irmãos do sexo masculino sem queixas relacionadas a linguagem ou aprendizagem. DNPM sem alterações. Durante a avaliação foniátrica criança chega com a mãe, tranquila, olha e interage bem com examinador. Se limita a responder o que o examinador pede e não há trocas na fala. Linguagem Receptiva e expressiva estão aquém do esperado para a idade. Muitas dificuldades em atividades de vida diária. Na avaliação das funções perceptuais apresentou falhas em consciência fonológica, discriminação e memória auditiva. Na discriminação Visual há desempenho aquém do esperado para idade. Há falhas na organização espacial no plano gráfico. Praxia manual e sequência de movimentos articulatórios realizados com imprecisão. Praxia oral isolada é adequada. Equilíbrio estático e dinâmico discretamente alterados. Apresenta disdiadococinesia e dismetria. No ditado: disgrafia, adição e supressão de sílabas, inverte ordem das letras e a fragmentação é incorreta. Leitura lenta, imprecisa, omite, adiciona letras. No Reconto, compreende texto, porém resume em poucas palavras. Memorização de fatos aritméticos e precisão de cálculo abaixo do esperado. Exame físico otorrinolaringológico sem alterações.

Discussão: Pacientes com transtorno de aprendizagem podem apresentar déficits em consciência fonológica, memória auditiva, processamento auditivo e visual, coordenação motora e equilíbrio. No caso em questão, foi proposto exame de Processamento Auditivo Central aos 7 anos, porém a alteração do PAC é mais um sinal do transtorno de aprendizagem, não explicando todas as disfunções identificados na criança. Após insucesso com a terapia de cabine foi solicitado exame neuropsicológico e na escala que avalia o potencial intelectual, desempenho cognitivo e resolução de problemas o resultado do seu desempenho foi classificado como limítrofe QI 73.

Considerações Finais: Este caso ilustra a importância da avaliação foniátrica para o diagnóstico diferencial médico dos transtornos de aprendizagem. Nos transtornos de aprendizagem, é muito comum a alteração em percepção auditiva que pode aparecer em exame de PAC, sendo mais um achado para o transtorno de aprendizagem. O tratamento em cabine não resolve todas as falhas apresentadas pelo paciente, podendo ser dispendioso e frustrante para criança e para família. E ainda, há os diagnósticos diferenciais como deficiência intelectual. No caso em questão, foi proposto terapia com fonoaudióloga focada em transtorno de aprendizagem e terapia ocupacional, que neste caso serão muito mais proveitosos para ajudar nas dificuldades apresentadas pela criança.

Palavras-chave: aprendizagem; processamento auditivo central; deficiência intelectual.

Autor principal: ANGELICA SOUZA FERREIRA

Coautores: VANESSA MAGOSSO FRANCHI, MARCELA POZZI CARDOSO, TERESA CRISTINA MENDES HIGINO, NÍCIA OLIVEIRA SANTANA REIS, MARIANA DANTAS AUMOND LEBL, MARIANA HELENA GENESINE FERREIRA

Instituição: DERDIC PUC SP

Apresentação do caso: MJPM, veio para avaliação encaminhada por médico neurologista que suspeitava se tratar de quadro de transtorno do espectro do autismo, devido à atraso no desenvolvimento da linguagem e alterações comportamentais. No momento da primeira consulta estava com 2 anos e 7 meses. Mãe relatava que a criança vocalizava muito pouco, não fazia bom contato visual e não atendia ao ser chamada. Quando queria algo levava o adulto até o que desejava, e parecia não entender o que lhe era dito. Não houve intercorrências pré, peri ou pós-natal imediato, porém aos 5 meses de idade iniciou quadros de crises convulsivas de ausência e tônico-clônicas febris. Realizou RNM do crânio aos 7 meses de idade, com seguinte resultado alteração morfológica dos hipocampus com aparente rotação dos mesmos, principalmente a esquerda, e assimetria de corno temporal do ventrículo lateral esquerdo, porém segundo o neurologista não foi um achado significativo. No entanto, as convulsões permaneciam muito frequentes e haviam alterações no traçado do EEG, por esse motivo foi introduzida medicação anticonvulsivante, inicialmente Fenobarbital sem melhora, e então, Valproato de Sódio com bom controle das crises. Apresentou atraso no desenvolvimento dos marcos motores e de linguagem: andou com 1 ano e 6 meses, balbuciou pouco, chegou a falar algumas poucas palavras, mais sílabas, porém as perdeu pouco tempo depois. Foram realizados exames de audiometria condicionada com reforço visual e BERA frequência específica, sem alterações. Durante a avaliação foniátrica foi observado: brincadeira sem simbolismo, exploratória, interesse restrito por brinquedos específicos, riso descontextualizado e momentos de estereotipia motora em que ficava agitando os braços. Além disso, não realizou nenhuma emissão com significado, não estabeleceu contato com examinador e tinha dificuldade de compreensão de ordens simples. Diante deste quadro, foi solicitada avaliação genética, sendo o primeiro exame solicitado o cariótipo banda G sem alterações. Permaneceu em investigação genética com microarray genômico que identificou perda de heterozigose Xq22.3q23, que não explicava o quadro clínico da paciente, e então sequenciamento genético do Exoma que identificou a variante patogênica em heterozigose no gene YWHAG que está associado à: convulsões de vários tipos, atraso no desenvolvimento psicomotor, deficiência intelectual, transtornos de linguagem e comunicação, (características do transtorno do espectro do autismo), dificuldades de coordenação motora e marcha, além de ataxia, anormalidades no EEG, déficit de atenção, entre outros sintomas.

Discussão: diante de uma criança com quadro clínico de transtorno do espectro do autismo, alterações importantes da linguagem, acompanhado de atraso do desenvolvimento motor ou outros quadros neurológicos associados, é importante pensar em causas genéticas e não apenas em quadros neurológicos estruturais, como malformações congênitas, AVC ou tumores. Neste caso a mutação de novo, ocorrida no momento da embriogênese, ocasionou todo o quadro de sintomas apresentados pela criança. A identificação da causa genética possibilitou a introdução de terapias mais individualizadas e específicas colaborando para o melhor desenvolvimento da criança.

Comentários finais: crianças com atraso de fala devem ser avaliadas de forma ampla em que se observe todas as manifestações clínicas para além da fala como: questões de saúde geral, comportamentais e motoras, assim como é feita na avaliação foniátrica. A ausência, ou atraso da fala, pode ser um, entre vários outros sintomas de um quadro mais amplo de linguagem e de neurodesenvolvimento. Outro fato importante é que quadros clínicos de transtorno do espectro do autismo, ou quadros de linguagem em geral, quando associados a atrasos de desenvolvimento motor e epilepsia, frequentemente têm origem genética. Identificar essa causa contribui para o melhor rastreio dos sintomas, e consequentemente, adoção de condutas terapêuticas mais eficientes e individualizadas que promovem o desenvolvimento da criança de forma mais efetiva.

TCP56 ELETROESTIMULAÇÃO PARA TRATAMENTO DE DISFONIA

Autor principal: ISABEL SAORIN CONTE

Coautores: SAMANTHA FERNANDEZ DE CASTRO, ÉMILLE DALBEM PAIM, HEMILY IZABEL ALVES NEVES, LUANA VIEIRA MARGHETI, MARINA PAESE PASQUALINI

Instituição: *Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre*

Apresentação do caso: M.P., masculino, 77 anos, cirurgião dentista aposentado. Paciente previamente hipertenso, em acompanhamento com neurologista por síndrome de Mcardle, sem outras comorbidades conhecidas ou histórias prévias de doenças laringeas. Nega tabagismo ativo, refere tabagismo passivo por 50 anos. Procurou atendimento em 2018 por queixa de disfonia iniciada 3 meses antes da consulta. Associado, apresentava tosse seca e regurgitação esporádica. Relaciona o início do sintoma a um quadro de infecção de vias aéreas superiores. Realizado exame de videolaringoscopia indireta com presença de lesões papilomatosas em 1/3 médio de ambas pregas vocais, mais significativo em prega vocal direita.

Submetido a microcirurgia de laringe para excisão das lesões em 2019. Evoluiu com recorrência das mesmas e necessidade de nova intervenção em agosto de 2021. A despeito do tratamento cirúrgico, o paciente persistiu disfônico.

Foi encaminhado para fonoterapia com vistas a melhora da qualidade vocal. Realizou, além de exercícios convencionais, eletroestimulação 2 dias por semana por um mês (8 sessões) durante 30 minutos. A eletroterapia laringea foi realizada por meio de eletrodos de silicone posicionados em região supra e infrahióidea, corrente elétrica TENS (Transcutaneous Electric Nerve Stimulation), 10Hz frequência, 500 uS de largura de pulso e intensidade acrescida até atingir o objetivo com o uso do recurso (limiar sensório - motor). Foram associados exercícios de vibração sonORIZADA e trato vocal semi-ocluído com o LAX VOX e o paciente foi orientado a manter os exercícios vocais diariamente. Com o tratamento, apresentou diminuição do esforço compensatório identificado na musculatura cervical, redução da rugosidade, da fadiga vocal e das quebras de sonoridade; houve aumento significativo da suavidade à emissão e do tempo máximo de fonação. De forma objetiva, foi evidenciada a diminuição do jitter de 2,57% para 0,84% e do shimmer de 15,31% (1,5 dB) para 9,8% (0,77dB), se aproximando do valor de normalidade para vozes masculinas.

Discussão: A fonoterapia realizada com auxílio da estimulação elétrica transcutânea (TENS) consiste em uma medida adjuvante não invasiva no tratamento das disfonias. Esta terapia é realizada com estímulos elétricos, de baixa ou alta frequência, transmitidos por eletrodos, os quais são fixados sob a pele na região laringea e cervical. Tem por objetivo promover a adequação da tensão muscular, auxiliar na redução do edema e da fibrose contribuindo para a melhora da qualidade vocal.

Ainda é incipiente no Brasil a realização dessa terapia na área da fonoaudiologia. Contudo, estudos recentes tem mostrado desfechos satisfatórios na qualidade vocal dos pacientes submetidos concomitantemente às técnicas padrões de fonoterapia em associação com a eletroestimulação. Em uma revisão sistemática conduzida por Debora Adamatti Cole Stangherlin e col., 87,5% dos estudos analisados demonstraram relação estatisticamente significativa da eletroterapia com melhora da disfonia. Em outro estudo, realizado por Mansuri e colaboradores, foram evidenciados Resultados promissores na qualidade vocal com a realização combinada de TENS e fonoterapia convencional quando comparada aos exercícios isolados.

Considerações Finais: Foi possível identificar uma melhora expressiva na qualidade vocal do paciente em um período curto de tempo. Os ganhos foram demonstrados também por relatos do paciente quanto à autonomia nas suas atividades de vida diárias. Os dados já descritos na literatura corroboram para ratificar o impacto positivo da eletroterapia em região laringea, associada às técnicas fonoaudiológicas direcionadas para a reabilitação vocal, para tratamento de disfonia. Faz-se necessária a realização de pesquisas com maior número amostral visando avaliar o efeito do recurso e possibilitar a generalização dos achados.

Autor principal: FELIPE DE ARAUJO BASTOS VIANNA

Coautores: NARA ZIVIANI VALE SILVA, EDUARDO MEKITARIAN FILHO, CRISTIANE VIANNA DA COSTA JESUS, LORENA GALDINO TEIXEIRA, MATEUS SALES MORAIS, GUILHERME RAMOS MENEZES GOMES DE VASCONCELOS, BARBARA PINTO RODRIGUES DE SOUZA

Instituição: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Objetivo: Este trabalho se propôs a analisar o perfil de pacientes que apresentam atraso no desenvolvimento da linguagem em consultas de puericultura, levando em consideração aspectos orgânicos, sociais, Os dados coletados e analisados demonstram que a evolução da linguagem precisa ser conhecida e observada pelos profissionais de saúde que atendem à infância, com o objetivo de distinguir o mais cedo possível alguns distúrbios para minimizar os prejuízos na aprendizagem escolar e na adaptação social.

Métodos: Foi realizada pesquisa bibliográfica (revisão assistemática) na base de dados PubMed usando as palavras chaves “Language Delay”; “Brazil”; “Children” em língua inglesa, tendo feito a busca no período de março de 2017 a maio de 2021, sem utilizar faixa etária específica. Dentre os 69 Resultados encontrados foram selecionados 20 artigos que trazem com maior clareza os aspectos clínicos e causas de atraso e linguagem identificáveis durante a consulta ambulatorial.

Resultados: Os artigos são consistentes em apontar que fatores relacionados a prematuridade, a exposição intrauterina as infecções do acrônimo T.O.R.C.H (toxoplasmose, rubéola, citomegalovirus, herpes) e à infecção intrauterina por Zika Virus impactam no desenvolvimento neuropsicomotor e da linguagem. Outro ponto importante, que costuma ser investigado, é a integridade das habilidades auditivas, pré-requisito para a aquisição e desenvolvimento da linguagem.

Na apneia obstrutiva do sono, dentre os níveis de linguagem oral, os Resultados dos estudos citados mostraram dificuldades nos níveis semântico, fonológico e de fluência verbal. Alguns estudos afirmaram que o desempenho neurocognitivo das crianças pode ser afetado pelas alterações do sono.

Segundo os estudos, outros fatores como baixa renda familiar, prematuridade, autismo, mau estado nutricional materno antes e durante a gravidez e displasia broncopulmonar foram associados a atraso de linguagem e comprometimento do desenvolvimento infantil.

Discussão: Crianças com atrasos de linguagem correm maior risco de desenvolvimento acadêmico, social e emocional abaixo da média, comprometendo assim a qualidade de vida. Os primeiros anos de vida são cruciais para que o indivíduo atinja seu potencial cognitivo, de linguagem e de comunicação.

É muito importante considerar as diversas hipóteses diagnósticas que os problemas no desenvolvimento da linguagem abarcam. Em especial, os atrasos do desenvolvimento da linguagem de origem fisiológica devem ser encarados como uma questão de saúde que precisa de intervenção médica para minimizar suas repercussões negativas, permitindo que o indivíduo consiga ser integrado à sociedade. As ações devem ser precoces, valorizando as intercorrências na gravidez e no período perinatal que possam afetar o desenvolvimento cerebral com consequências graves.

Conclusão: No que se refere ao paciente com atraso de linguagem, faz-se necessário um plano terapêutico precoce. Vale ressaltar o papel no otorrinolaringologista geral no cuidado deste paciente, que irá pesquisar o funcionamento do sistema auditivo e fonatório da criança. O médico foniatra organiza e otimiza o cuidado do paciente, traçado por equipe multidisciplinar composta por pediatras, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, neuropediatras, entre outros. O envolvimento da família é imprescindível, visando diminuir os prejuízos iniciais do atraso.

O seguimento necessário destes casos, quando se trata da população em situação de vulnerabilidade social, é extremamente aquém ao ideal. Para isso, é necessário ações governamentais que subsidiem a construção de práticas de saúde necessárias para impulsionar o desenvolvimento destes pacientes.

Palavras-chave: atraso de linguagem; Brasil; crianças.

ATRASO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO E DUPLICAÇÃO DE UMA SONDA NA REGIÃO 22Q11.2: UM RELATO DE CASO

Autor principal: RAQUEL ALMEIDA DE CAMPOS

Coautores: ISABELLE CAVALCANTE MURY, PAULA MOREIRA NAVARRO ROCHA, THIAGO DE SOUZA SANTOS, LUCAS MENDES SOARES, BETHINA SILVA BARRETO, CARMEN ZAMPIROLE BRANDÃO, PEDRO RICARDO BARREIRA MILET CALDAS PEREIRA

Instituição: Hospital Federal dos Servidores do Estado

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, de 3 anos de idade, compareceu ao ambulatório de Foniatria do Hospital Federal dos Servidores do Estado encaminhada pela pediatria por atraso no desenvolvimento. A criança apresentava comprometimento de todos os domínios além de um quadro de epilepsia, que teve início aos 2 anos de idade. A Mãe negou que a criança apresentasse seletividade alimentar e referiu gestação e puerpério sem intercorrências.

Ao exame otorrinolaringológico: face atípica, rinoscopia, oroscopia e otoscopia dentro da normalidade.

Ao exame foniátrico: comunicação através de balbucios e gritos. Não falava nenhuma palavra e nem obedecia comandos, não apresentava olhar continente, brincadeira não simbólica. Não tinha atenção compartilhada. Andava apenas com apoio e não possuía controle esfíncteriano. Esteriotipias: balançar a mão, balançar o tronco para frente e para trás.

Exames Complementares: potencial evocado auditivo de tronco cerebral normal e audiometria de observação comportamental normal. Ressonância magnética de crânio: “Discreta proeminência dos sulcos temporais, adelgaçamento do corpo caloso, leve proeminência do sistema ventricular supratentorial, tronco cerebral e cerebelo com forma e sinais habituais.” Video-Eletroencefalograma: “Sinais de moderado comprometimento corticossúb cortical difuso. Anormalidade paroxística com acentuadas características epileptogênicas e projeção focal bilateral, apresentando generalização secundária.” Paciente possuía também estudo genético MLPA que demonstrou duplicação de uma sonda na região 22q 11.2 no gene MED 15. Durante investigação familiar, foi observada a mesma alteração genética da mãe, que não apresentava manifestação clínica.

A Paciente segue em investigação, concomitante a tratamento com fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e acompanhamento com neuropediatra e fonoaudiologia. Irá complementar investigação genética com análise cromossômica por MicroArray.

Discussão: Os atrasos globais do desenvolvimento geralmente manifestam-se nos primeiros anos de vida da criança. Os diagnósticos dos distúrbios globais do desenvolvimento são complexos, uma vez que diversas patologias podem levar a esta condição.

As etiologias variam desde complicações pré e perinatais e causas genéticas. Excluídas as causas não genéticas, é importante que as genéticas sejam investigadas. As alterações genéticas podem resultar de anomalias cromossômicas alterações citogenéticas, mutações pontuais, até mesmo alterações epigenéticas.

No caso relatado, a paciente possuía atraso global no desenvolvimento e foi realizada uma série de exames complementares para investigação, tendo sido encontrada uma duplicação de uma sonda na região 22q11.2 no gene MED15. Sabe-se que microduplicação 22q11.2 é uma desordem genômica que tem como característica apresentarem um fenótipo extremamente variável, desde dificuldade de aprendizado a múltiplas deficiências congênitas. A descoberta de diversos genes, que está se tornando realidade devido à introdução de técnicas de sequenciamento, provavelmente identificará muito mais genes que interagem no desenvolvimento intelectual.

Comentários finais: Pacientes com atraso global no desenvolvimento devem ter seu diagnóstico precoce e tratamento individualizado e iniciado o mais breve possível. A possibilidade de distúrbios genéticos deve ser levada em consideração durante a investigação etiológica.

Palavras-chave: alteração global do desenvolvimento; microduplicação 22q11; 2; foniatria.

O IMPACTO DA PERDA AUDITIVA NO DESENVOLVIMENTO DAS CRIANÇAS: DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO PRECOCE

Autor principal: MARIANA HELENA MORAES GENESINE

Coautores: MARIANA DANTAS AUMOND LEBL, MARCELA POZZI CARDOSO, NÍCIA OLIVEIRA SANTANA REIS, TERESA CRISTINA MENDES HIGINO, ANGELICA SOUZA FERREIRA, MONICA ELISABETH SIMONS GUERRA, GILBERTO BOLIVAR FERLIN FILHO

Instituição: DERDIC- PUC/SP

Apresentação do caso: BAGS, masculino, foi encaminhado por suspeita de perda auditiva para serviço de Saúde Auditiva. A mãe teve diabetes gestacional e pré-eclâmpsia. Nasceu com idade gestacional 33 semanas, parto por via vaginal. Permaneceu na UTI Neonatal por 12 dias por hipoglicemia, desconforto respiratório, icterícia fisiológica e uso de gentamicina por infecção neonatal. Passou no exame Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA) de Triagem Auditiva Neonatal (TAN) na maternidade, no entanto falhou no exame reteste Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (Peate- Automático), aos 2 meses de idade. Foi encaminhado para o serviço referenciado de Reabilitação Saúde Auditiva de Alta Complexidade e compareceu aos 5 meses de idade para diagnóstico funcional. Apresentou resultado presente no exame EOA a direita, microfonismo coclear no PEATE clique e traçado indicativo de perda auditiva grau severa bilateral no PEATE frequência específica, sugerindo diagnóstico audiológico de Desordem do Espectro da Neuropatia Auditiva (DNA). Foi realizado o acolhimento aos pais e indicado adaptação de aparelho de amplificação sonora individual (AASI), seguindo as diretrizes do programa de estratégias de atenção à saúde. Os pais não seguiram as recomendações propostas iniciais e retornaram no serviço após mais de 1 ano, com queixa de atraso de linguagem. A criança, com 1 ano e 9 meses de idade, foi avaliada pelo médico foniatra que verificou comportamentos de agitação, agressividade e autolesão. A criança tinha interesse por brinquedos que rodam e gosta de girar no próprio eixo, com pouca atividade simbólica, não trocou turnos na intenção comunicativa, porém compartilhou o olhar triangulado na ação do médico com objeto. Quando contrariado ela fechou as mãos e balançou. Não olhou quando chamado, não compreendeu ordens simples. A linguagem não verbal estava presente em poucos momentos. O restante do exame físico completo otorrinolaringológico estava normal. Foi realizada nova adaptação do AASI, orientados os pais quanto às necessidades de monitoramento de linguagem, encaminhado para terapia fonoaudiológica e solicitados exames complementares para investigação etiológica como: eletroencefalograma (EEG), Ressonância Nuclear Magnética (RNM) de crânio e avaliação genética. Após 1 ano, a criança, com 2 anos e 9 meses de idade, demonstrou brincadeira mais estruturada, com simbolismo e com emissão de algumas palavras, no entanto apresentando alguns erros fonológicos. Os exames solicitados tinham resultados: EEG normal, RNM com discreta redução do corpo caloso. A audiometria e o PEATE frequência específica apresentou queda a partir de 2000Hz, apresentando perda auditiva severa bilateralmente. Aguardava avaliação genética.

Discussão: A deficiência auditiva é fator de risco para o atraso no desenvolvimento de linguagem. Nesse presente caso observamos vários indicadores de risco tanto para transtorno do neurodesenvolvimento, quanto para deficiência auditiva, como uso de medicação ototóxica e falha no reteste por PEATE realizado aos dois meses de vida, mesmo tendo passado no primeiro TAN por EOA. Por isso são importantes o diagnóstico diferencial auditivo e o monitoramento, evitando, assim, privação auditiva em período crítico do neurodesenvolvimento.

Conclusão: Esse caso ilustra a importância do acompanhamento e monitoramento de linguagem e fala de crianças que apresentam fatores de risco para deficiência auditiva e que falharam na TAN, retratando como o atraso na intervenção pode acarretar prejuízos no desenvolvimento de linguagem e fala.

Palavras-chave: perda auditiva; desenvolvimento infantil; diagnóstico precoce.

Autor principal: NARA ZIVIANI VALE SILVA

Coautores: CAIO JOSE DE ARAUJO SIMAS, JULIANA CAGLIARI LINHARES BARRETO, FELIPE DE ARAUJO BASTOS VIANNA, LORENA GALDINO TEIXEIRA, MATEUS SALES MORAIS, GUILHERME RAMOS MENEZES GOMES DE VASCONCELOS, THOMAS ALVES GOMES

Instituição: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Objetivos: Identificar o perfil dos pacientes com atraso de aprendizagem nos últimos seis meses, bem como elucidar as prováveis etiologias.

Métodos: Foi realizada uma revisão de prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de foniatria do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – Rio de Janeiro, nos últimos seis meses.

Como critérios de inclusão, foram considerados: idade maior ou igual a cinco anos no momento da primeira consulta; atendimentos realizados entre os meses de Janeiro a Julho de 2022; queixa referida pelos pais, familiares, ou profissionais da saúde de atraso de aprendizagem.

Já os critérios de exclusão foram: idade menor de cinco anos no momento da consulta; prontuário incompleto; presença perda auditiva de qualquer intensidade, unilateral ou bilateral.

Resultados: Foram identificados os prontuários de 35 pacientes, no período referido. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, 28 (80%) deles se enquadravam nos critérios estabelecidos.

A faixa etária dos pacientes variou de 5 -16 anos, com mediana de 7 anos.

O transtorno do espectro autista foi o diagnóstico mais prevalente nos pacientes com queixa de atraso de aprendizagem, representando 21% dos casos (6 pacientes).

O diagnóstico de transtorno específico das habilidades escolares representou 17,85% dos casos (5 pacientes).

De forma análoga, pacientes com diagnóstico de déficit intelectual, déficit pedagógico e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, corresponderam, cada um, a 5(17,85%) casos. Não houve sobreposição de diagnósticos.

Discussão: A foniatria é a área de atuação da otorrinolaringologia que cuida dos distúrbios da comunicação humana, concentrando-se nas funções da voz, da fala, da linguagem, da audição e da deglutição. Considerando a complexidade do processo da comunicação humana, é imperativo o conhecimento do médico que atua nesta área de uma gama extensa de possíveis diagnósticos.

Na abordagem desses pacientes, é fundamental a presença de uma equipe multidisciplinar de profissionais como: otorrinolaringologistas, pediatras, neurologistas, geneticistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, dentre outros. A realidade do sistema de saúde público brasileiro nem sempre consegue oferecer tal multidisciplinaridade para pacientes com atraso de aprendizagem, retardando o desenvolvimento neuropsicomotor e social.

Os pacientes atendidos no ambulatório de foniatria do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle estão, em sua grande maioria, inseridos em uma realidade de vulnerabilidade social, cujo acesso às terapias é extremamente dificultado, o que se coloca como desafio para a família e para a equipe.

Os efeitos da Pandemia COVID-19 na aprendizagem desses pacientes é de extrema relevância. O isolamento social impactou tanto no retardo do diagnóstico, quanto no início do tratamento. Além disso, as aulas à distância, ministradas em um contexto social desfavorável, pode ter aumentado crianças com causas de déficit pedagógico. As aulas não presenciais podem ter impactado também no aprendizado de crianças com diagnóstico prévio de transtornos de linguagem e transtornos de comportamento.

Conclusão: Os pacientes maiores de cinco anos que procuraram o ambulatório de foniatria tiveram como principais hipóteses diagnósticas para o atraso de aprendizagem: transtorno do espectro autista, transtorno específico das habilidades escolares, déficit intelectual, déficit pedagógico e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. Na sua grande maioria, são crianças em situação de vulnerabilidade social, com dificuldade de acesso aos recursos necessários para um desenvolvimento potencializado de suas capacidades biopsicossociais.

É urgente a implementação de políticas públicas que visem um diagnóstico mais precoce, bem como terapêutica multidisciplinar adequada.

Palavras-chave: foniatria; autista; pacientes.

CORRELAÇÃO ENTRE ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS EM CRIANÇAS COM DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM

Autor principal: PATRÍCIA DAHER RUSSO DIAS

Coautores: NATALIA MIOLO, EDUARDO TANAKA MASSUDA, RENATA ROMERA NATALINO, MARIANA MALDONADO LOCH, NATÁLIA QUINHONE SHIGEMATSU

Instituição: Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto

Objetivos: Analisar o perfil clínico e epidemiológico de crianças com queixa de distúrbios de linguagem, acompanhados no ambulatório de Foniatria (AFON) do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP-USP) no período de Novembro de 2020 a Agosto de 2022.

Métodos: Estudo observacional e retrospectivo, no qual foi realizado uma análise dos dados da primeira consulta de 67 pacientes atendidos no ambulatório de foniatria do HCRP-USP, de ambos os sexos, da faixa etária entre 1 a 17 anos, durante o período de 18 de Novembro de 2020 a 10 de Agosto de 2022. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, sexo, diagnóstico, comorbidades/antecedentes pessoais, presença de história familiar de distúrbios da comunicação e condutas realizadas para cada caso.

Resultados: Ao todo, foram coletados os dados de 67 pacientes, sendo a prevalência de 75% do sexo masculino. Em relação à faixa etária no momento da primeira consulta, 52% dos pacientes estavam na fase escolar, 24% na fase pré-escolar, 18% na adolescência e apenas 6% eram lactentes. Dos 67 pacientes, 49,2% não apresentavam nenhuma comorbidade ou antecedente patológico. As comorbidades/antecedentes pessoais mais comuns foram: intercorrências perinatais (incluindo prematuridade, uti neonatal, entre outras) com 31,3%; rinite alérgica com 9%; perda auditiva com 3%; epilepsia com 3%; alterações genéticas com 3%; e história de abuso físico/psicológico com 1,5%. Levando em consideração os antecedentes familiares, 67% dos pacientes relataram não ter história familiar de distúrbios da comunicação, enquanto 33% apresentava algum antecedente familiar de primeiro ou segundo grau. Em relação às hipóteses diagnósticas levantadas após a primeira consulta foniátrica, optamos por organizar através de CIDs. Dentre os casos, as principais hipóteses diagnósticas levantadas foram: deficiência intelectual (de graus variados), com 18%; transtorno do desenvolvimento de linguagem, com 16,4%; transtorno do espectro do autismo, com 13,4%; disfluência, com 10,5%; e perda auditiva, com 6%. Em relação às condutas realizadas, foram incluídas: avaliação psicológica (30%), exames audiológicos conforme a necessidade do quadro clínico (25%), fonoterapia (18,5%), encaminhamento para neurologista (13,7%), encaminhamento para Terapia Ocupacional (5,4%), encaminhamento para avaliação genética (4,8%) e avaliação por exame de imagem (4%).

Discussão: Com os Resultados obtidos, notamos que a grande maioria dos pacientes atendidos foram do sexo masculino, corroborando a evidência de que os transtornos de linguagem são mais prevalentes neste sexo. Apenas 6% dos pacientes tiveram como hipótese diagnóstica a perda auditiva, apesar de 25% das condutas incluírem solicitação de avaliação audiológica o que confirma a importância do otorrinolaringologista para descartar possíveis perdas auditivas, mesmo em pacientes cuja principal hipótese diagnóstica sejam alterações globais do neurodesenvolvimento. A hipótese diagnóstica mais levantada foi de deficiência intelectual de graus variados, o que vai de encontro com a conduta mais prevalente realizada pelo ambulatório: o encaminhamento para avaliação psicológica. Foram utilizados 17 CIDs para englobar as diversas hipóteses diagnósticas. Das 7 condutas realizadas, 5 incluíram encaminhamento para avaliação de outros profissionais, reiterando a importância de ter uma equipe multiprofissional cuidando dos pacientes com distúrbio de linguagem. Em relação aos antecedentes patológicos, chama a atenção o papel das intercorrências perinatais podendo ser um fator causal para alterações da linguagem. A maioria dos pacientes avaliados se encontravam na fase escolar, o que demonstra a relevância da equipe escolar para a detecção de dificuldades na comunicação/socialização ou falhas no processo de aprendizagem.

Conclusão: Com a avaliação dos dados desse estudo, é possível concluir que a maioria dos pacientes são do sexo masculino, estão na fase escolar, não apresentam história familiar de distúrbios de linguagem e a metade dos pacientes tem comorbidades associadas.

Palavras-chave: distúrbios de linguagem; epidemiologia; foniatria.

Autor principal: ISABELA HOHLENWERGER SCHETTINI

Coautores: CLAUDIA ALESSANDRA ECKLEY

Instituição: Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Apresentação do caso: Paciente masculino, 63 anos, refere quadro súbito de disfonia há 2 anos, de característica estável. Nega antecedente de abuso vocal, disfagia, odinofagia, tosse, perda de peso ou febre. Como antecedente pessoal, é hiperetenso em uso de hidroclorotiazida, losartana, anlodipino e sinvastatina. É ex-tabagista, com baixa carga tabágica cessando há 5 anos. Em exame laringoscópico com fibra rígida sob anestesia local, visualizou-se lesão pediculada inserida em terço médio de prega vocal esquerda, superfície discretamente lobulada, sem sinais de infiltração, ocluindo cerca de 70% da luz glótica e móvel à fonação. Após exames pré-operatórios, paciente foi submetido a laringoscopia de suspensão sob anestesia geral para exérese de lesão, enviada peça para análise anatomopatológica e imunohistoquímica, com resultado final sendo um mixoma. Após procedimento cirúrgico, paciente evoluiu com boa cicatrização no período pós operatório e refere melhora completa de queixas vocais. Foi mantido o acompanhamento periódico ambulatorial - no primeiro ano, a cada 3 meses e após, a cada 6 meses, totalizando 14 meses sem a recidiva da lesão.

Discussão: Mixomas são tumores raros de origem mesenquimal, podendo originar-se primariamente de tecidos ósseos ou moles. Apesar de benignos, apresentam alta taxa de infiltração local e elevado índice de recidiva após exérese. Na região de cabeça e pescoço, os mixomas ocorrem habitualmente na mandíbula e maxila. Foi apresentado portanto, um caso raro de mixoma em um local incomum nesta região: as pregas vocais.

Mixomas de pregas vocais parecem ser mais comuns em pacientes masculinos, (M: F 5: 1) e a maioria dos casos reportados apresentavam histórico de tabagismo.

Quando localizado na laringe, o local mais comum de inserção do mixoma é as pregas vocais. Deste modo as manifestações clínicas de um mixoma nesta região se assemelham aos de um pólipó vocal, lesão muito mais prevalente na prática clínica de um laringologista. A consequência do mixoma em pregas vocais dependerá da localização e tamanho do mesmo, podendo manifestar-se apenas como disfonia, até quadros graves de dispneia. A disfonia em casos de mixoma pode se manifestar de duas maneiras majoritariamente, caso o mixoma tenha origem direta na prega vocal, pode haver distúrbios de vibração da mesma, ou uma segunda localização, nas pregas ariepiglóticas, com a disfonia aparecendo mais tardiamente. A terapêutica mais indicada para o mixoma de pregas vocais é a excisão cirúrgica completa, com uma margem livre de lesão parece ser curativa, uma vez que o mixoma de prega vocal apresenta risco de recorrência. Deve-se balancear, entretanto, a agressividade da abordagem e a preservação da função e estrutura básica das pregas vocais. O envio do material para anatomia patológica é imprescindível.

Comentários finais: A exérese ambulatorial de lesões aparentemente benignas de pregas vocais vem ganhando destaque na prática clínica – e os exames anatomopatológicos acabam por serem dispensados em casos como esses. É essencial, porém, seguir com exames histológicos para diagnóstico corretos de lesões, a fim de evitar conclusões errôneas. Ao optar-se por uma abordagem cirúrgica, apesar de agressiva, a técnica deve preservar, primariamente, as funções básicas das pregas vocais: fonação, ventilação e proteção de vias aéreas

Palavras-chave: mixoma; laringe; mixoma de laringe.

OSTEOFITOSE CERVICAL COM PROJEÇÃO DE CORPO VERTEBRAL PARA REGIÃO DE OROFARINGE - UM RELATO DE CASO

Autor principal: GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA

Coautores: VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA, BYANCA HEKAVEI HUL, ALINE FAYAD SANCHES, MILENA SAYURI OTSUKI, BRUNO CERON HARTMANN, PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA, LUCAS CORREIA PORTES

Instituição: Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná

Apresentação do caso: Paciente masculino, 68 anos de idade, em acompanhamento no serviço de Otorrinolaringologia devido a disfagia para alimentos sólidos há 8 anos, necessitando ingerir líquido para auxiliar na deglutição. Refere também apresentar eventuais engasgos, tosse e dispneia com alimentos sólidos, além de sensação de globus faríngeo e pirose, tendo dificuldade para ingerir comprimidos como Pantoprazol. Há 5 meses, refere ter apresentado perda ponderal importante em função da disfagia intensa, no entanto, há 1 mês, recuperou aproximadamente 10 kg após iniciar ingestão de alimentos pastosos em pequenas quantidades várias vezes ao longo do dia, contraindicando gastrostomia no momento. Cessou tabagismo há 18 anos, em uso de Omeprazol e Dipropionato de Beclometasona. Nega alergias medicamentosas e nega cirurgias prévias de cabeça e pescoço. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, normocorado e hidratado e demais sem alterações aparentes, porém exame de tomografia computadorizada de pescoço evidenciou osteófitos proeminentes de vértebras C3 e C4 comprimindo e deslocando esôfago anteriormente, ao nível de epiglote. Exame de videolaringoscopia evidenciou, além da projeção mencionada, laringite crônica irritativa leve, assimetria de prega vocal direita e estase de secreção hialina. Explicado quadro geral para o paciente que foi encaminhado para serviço de Ortopedia para resolução do quadro com intervenção cirúrgica.

Discussão: Osteofitose cervical anterior é caracterizada por calcificação anômala e crônica de ligamentos paravertebrais ântero-laterais de vértebras cervicais. Tal processo de ossificação, dependendo da intensidade, pode evoluir com projeção óssea para cavidade orofaríngea. As vértebras mais comumente acometidas são de C3 a C6 e fatores de risco conhecidos para o crescimento são sexo masculino, idoso e possuir histórico de trauma em região cervical. Os sintomas mais comuns são redução da mobilidade cervical e dor local principalmente durante a deglutição. O diagnóstico é feito através da tomografia computadorizada cervical e videoendoscopia da deglutição. Pacientes tendem a se beneficiar, a longo prazo, do tratamento conservador através da fonoterapia da deglutição, porém casos de perda ponderal importante e deglutição ineficiente devem ser avaliados pela equipe da ortopedia para correção cirúrgica.

Comentários finais: Pacientes idosos que apresentem disfagia de longa data associada a perda ponderal importante, devem ser avaliados para presença de osteofitose cervical, uma vez ser patologia comum nesta faixa etária. Exames complementares de imagem como a videolaringoscopia e tomografia computadorizada, são artifícios importantes para que o médico otorrinolaringologista possa chegar ao correto diagnóstico. Casos particulares de evolução crônica, como o descrito, beneficiam-se muito de tais exames, atrelado à anamnese e exame físico completos, de modo a excluir outras patologias das hipóteses diagnósticas e realizar correto tratamento.

Palavras-chave: osteofitose vertebral; transtornos de deglutição; fonoterapia.

FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA EM CRIANÇA APÓS INGESTÃO DE SODA CÁUSTICA - UM RELATO DE CASO

Autor principal: GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA

Coautores: VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA, JOSE LUIZ PIRES JUNIOR, ALINE FAYAD SANCHES, BRUNO CERON HARTMANN, BRUNA PUPO, PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA, LUCAS CORREIA PORTES

Instituição: Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná

Apresentação do caso: Paciente feminina, 2 anos e 9 meses de idade, acompanhada de sua mãe, apresenta histórico de ingestão de soda cáustica acidental há 8 meses, evoluindo com estenose de esôfago e faringe com necessidade de realização de gastrostomia e traqueostomia de emergência. Nega demais comorbidades, alergias medicamentosas ou outras cirurgias prévias de cabeça e pescoço. Procuram o serviço de Otorrinolaringologia por conta de que, há 2 meses, a mãe percebeu saída de alimentos através do tubo de traqueostomia. Paciente consegue mastigar, deglutir e cuspir alimentos sólidos e líquidos, não apresenta dispneia ou outras queixas respiratórias. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, normocorada, hidratada e acianótica, sem alterações no exame cardiopulmonar, tubo de traqueostomia posicionado adequadamente sem presença de secreções purulentas ou sinais flogísticos. Oroscoopia apresenta limitação importante da abertura bucal devido a cicatriz em rima labial esquerda, rinoscoopia e otoscopia sem alterações. Explicado o caso para familiar, optado por internar a paciente pela equipe da Cirurgia Pediátrica e foi realizada endoscopia de via aérea a fim de se observar perviedade de vias aéreas superiores e foi observada fístula traqueoesofágica de 1 cm em seu maior diâmetro na altura de terceiro anel traqueal. Paciente segue aos cuidados com plano de correção cirúrgica da fístula.

Discussão: As fístulas traqueoesofágicas decorrem de diversas etiologias, desde patologias crônicas como neoplasias pulmonares até processos infecciosos agudos, traumas e iatrogenias. Apresentam alta taxa de morbimortalidade e devem ser identificadas prontamente a fim de evitar piora do quadro do paciente. Dentre as complicações de traqueostomia, as fístulas são consideradas ocorrências tardias, juntamente com pneumonia, obstrução de cânula e disfagia. O diagnóstico da fístula traqueoesofágica é feito através da visualização direta pela endoscopia de via aérea e também pelo uso de exame radiológico. Seu tratamento, em sua grande maioria, é cirúrgico e é indicado na maioria dos casos a fim de tratar a patologia, porém o manejo conservador através da insuflação do cuff da cânula pode ser realizado em situações específicas. Com relação a ingestão de soda cáustica, a falta de segurança das embalagens e a comercialização de grandes volumes, são alguns dos fatores de risco. Crianças de zero a cinco anos são as mais afetadas pela ingestão acidental dos produtos cáusticos e estenose de esôfago e faringe podem ocorrer como consequência, o que pode levar a necessidade de traqueostomia.

Comentários finais: Fístulas traqueoesofágicas, apesar de serem consideradas complicações tardias de traqueostomia, devem ser sempre lembradas como causa de extravasamento de conteúdo alimentar através da cânula em pacientes em uso de traqueostomia de longo prazo, principalmente em crianças vítimas de ingestão de soda cáustica, a fim de se realizar o correto diagnóstico e evitar infecções e pneumonias bronco aspirativas.

Palavras-chave: fístula traqueoesofágica; estenose esofagiana; soda cáustica.

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO CÂNCER DE LARINGE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

Autor principal: GIORGIA LABATUT

Coautores: GABRIELA CALDASSO DE ÁVILA, LUCAS RODRIGUES MOSTARDEIRO

Instituição: *Universidade Católica de Pelotas*

Objetivo: Realizar uma análise da frequência e do perfil epidemiológico das internações por câncer de laringe no estado do Rio Grande do Sul no período de maio de 2017 a maio de 2022.

Metodologia: Estudo ecológico e descritivo. Foram utilizados dados obtidos através das Informações de Saúde (TABNET) pela plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no período de maio de 2017 a maio de 2022 utilizando o CID10 de neoplasias malignas de laringe.

Resultados: Foram realizadas 3.956 internações por câncer de laringe no estado do Rio Grande do Sul no período estudado. As cidades com maior número no estado foram Porto Alegre, Caxias do Sul e Pelotas com 1124, 218 e 95 internações, respectivamente. O sexo masculino foi o mais acometido pela doença com 3426 internações (86,60% do total de casos). Houve predomínio da faixa etária de 60 a 69 anos, com 1.496 internações e as faixas etárias menos acometidas foram dos 10 aos 14 anos com 3 casos e dos 15 aos 19 anos, também com 3 casos de internação no período. A cor/raça predominante foi a branca com 3.060 casos, representando 77,35% do total. A taxa de mortalidade foi de 10,04% no Rio Grande do Sul por câncer de laringe com 397 evoluções para óbito, sendo 87 óbitos (21,9% do total de óbitos) somente em Porto Alegre.

Discussão: O câncer de laringe apresenta boas possibilidades de cura quando diagnosticado precocemente, em comparação a outras neoplasias de cabeça e pescoço. Entretanto, se não tratados, 90% dos pacientes evoluirão para óbito em menos de três anos. O principal tipo é o carcinoma epidermoide, e a região glótica, onde estão localizadas as pregas vocais, é a mais acometida. O principal fator de risco é o tabaco, que associado ao álcool, elevam o risco de desenvolver a doença em 40 vezes. É notável, pela análise das internações, que houve predomínio discrepante pelo sexo masculino, cor/raça branca e faixa etária de 60 a 69 anos, principalmente entre residentes de Porto Alegre, quando analisado o estado do Rio Grande do Sul. Ao comparar o período entre maio de 2017 a novembro de 2019, em que ocorreram 2.163 internações e 201 evoluções a óbito, e o período entre dezembro de 2019 a maio de 2022, em que ocorreram 1.793 internações e 196 evoluções a óbito, constata-se uma redução no número de internações de 17,11% e de 2,49% no número de óbitos por neoplasia de laringe.

Conclusão: O presente estudo mostra-se relevante na análise do perfil epidemiológico e da frequência de internações por neoplasia de laringe nos últimos 5 anos pela possibilidade de avaliação da incidência das internações hospitalares e evoluções a óbito no período estudado e qual população está sendo mais acometida. Assim, foi demonstrado que o perfil epidemiológico das internações por câncer de laringe trata-se de homens brancos de 60-69 anos. A cidade de Porto Alegre, também por ser a mais populosa, foi a mais incidente. Notou-se redução tanto do número de internações quanto de óbitos por neoplasia de laringe dentro do período analisado. Diante desses dados é possível direcionar as medidas de prevenção ao câncer de laringe, como o incentivo à cessação do álcool e tabaco, principalmente para homens de 60-69 anos e brancos, haja vista que este foi o perfil com maior número de internações. Essa análise mostra de maneira transversal dados a respeito do número absoluto de câncer de laringe, apresenta uma fonte secundária de dados (DATASUS), necessitando de estudos longitudinais que possam elucidar de melhor maneira tal ocorrência, que se diagnosticada precocemente pode evitar a realização de grandes procedimentos que tragam prejuízos funcionais a vida do paciente, podendo ser realizados procedimentos com vistas tratamento adequado e pouco agressivo quando vistos precocemente na avaliação do médico otorrinolaringologista.

Palavras-chave: câncer de laringe; neoplasias malignas de laringe; internações câncer de laringe.

Autor principal: FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI

Coautores: VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA, JOSE LUIZ PIRES JUNIOR, LETÍCIA OLIVEIRA DE MENEZES, IGOR MATHEUS ARAUJO DUARTE, ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA, DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH, VICTÓRIA CENCI GUARIENTI

Instituição: Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná

Objetivo: Análise estatística dos procedimentos cirúrgicos de laringectomias totais e parciais pelo SUS no Brasil (BR) de 2015 a 2021, adicionalmente avaliando o impacto da pandemia de COVID 19.

Métodos: Estudo descritivo transversal com base na abordagem quantitativa da frequência das internações pelo SUS para o procedimento de laringectomia no BR, de 2015 à 2021. Foram coletados do sistema DATASUS-TabWin através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) os dados relativos às internações que estavam separadas em laringectomia parcial, total e total com esvaziamento cervical, que posteriormente foram tabulados no programa Excel 2013.

Resultado: As internações SUS para laringectomias no BR são registradas no DATASUS separadamente por laringectomia parcial, total e total com esvaziamento cervical. Em relação as laringectomias parciais se mantiveram com pouca variação de 2015 a 2019, com 901, 823, 927, 812 e 848 procedimentos respectivamente. Entretanto houve redução para 668 procedimentos em 2020 e ligeiro aumento para 750 procedimentos em 2021. Quanto as laringectomias totais no período em análise foram de 64 em 2015 para 19 em 2021, com poucas variações no intervalo: 41 (2016), 40 (2017), 52 (2018), 54 (2019) e 39 (2020). Já, as laringectomias totais com esvaziamento cervical foram decrescendo em números progressivamente apenas com pequeno aumento em 2017, perfazendo 91 em 2015, 70 em 2016, 76 em 2017, 69 em 2018, 53 em 2019, 50 em 2020 e 45 em 2021.

Discussão: A laringectomia é um procedimento cirúrgico que cursa na extração de parte ou toda a laringe do paciente, por vezes comprometendo as funções básicas em que está envolvido o órgão como a respiração, a deglutição e a fonação. Em sua maioria, as laringectomias são cirurgias indicadas no tratamento de câncer de laringe. O câncer de laringe é, de acordo com o INCA, uma das neoplasias mais comuns das vias aéreas superiores, responsável por aproximadamente 25% dos tumores malignos de cabeça e pescoço. Mais prevalente em homens, com tabagismo sendo um fator de risco bem estabelecido. O seu tratamento envolve cirurgia, quimioterapia e radioterapia isoladas ou em conjunto. Assim como na maioria dos tumores, além dos aspectos histológicos, o diagnóstico precoce confere um melhor prognóstico de tempo e qualidade de vida, com técnicas cirúrgicas mais conservadoras. Em relação aos dados obtidos, é relevante a diferença entre os procedimentos parciais para os totais com quase dez vezes mais do primeiro, demonstrando uma prevalência de técnicas conservadoras e minimamente invasivas cada vez mais avançadas, a fim de impactar o mínimo possível na vida do paciente além de garantir um tratamento eficiente. Também, avaliou-se que durante o período de pandemia de 2020 e 2021 houve redução no número de laringectomias parciais em 21% de 2019 para 2020 e 11,5% de 2019 para 2021. Quanto as laringectomias totais foram quase 28% menos de 2019 para 2020 e 65% menos de 2019 para 2021. Já, as laringectomias totais com esvaziamento cervical se mantiveram em tendência de decréscimo desde 2018, sem grandes variações.

Conclusão: A laringectomia é uma cirurgia envolvendo estruturas delicadas em um local com outras estruturas nobres adjacentes, podendo repercutir em alta morbidade e sequelas funcionais, com consequências psicológicas e sociais. Cada vez se busca mais orientar a população para cessação do tabagismo e informar sinais de alerta em busca de diagnóstico precoce e tratamentos menos agressivos e com melhores prognósticos. Durante a pandemia viu-se redução nas laringectomias e pela vivência em nosso serviço, inferimos que isso se deva a limitação dos atendimentos ambulatoriais e centros cirúrgicos, além da redução na procura da população para acompanhamento e investigação de suas comorbidades, muitas vezes perdendo seguimento.

Palavras-chave: laringectomia total; laringectomia parcial; câncer de laringe.

Autor principal: JOSÉ CARLOS CONVENTO JÚNIOR

Coautores: ALINE BATISTA LOPES, MARIA TEREZA PRAZERES PIRES SANTOS, BEATRIZ COVICI BARROS, MARCELO TEIXEIRA DA SILVA JUNIOR, JOSÉ VICENTE BOLELI SCARDINI ALVES, MATHEUS SAITO, FABIO TADEU MOURA LORENZETTI

Instituição: Hospital Oftalmológico de Sorocaba/ Banco de Olhos de Sorocaba

Objetivos: Apresentar dados sobre o perfil dos pacientes diagnosticados com Edema de Reinke submetidos a microcirurgia de laringe em nosso hospital.

Métodos: Revisão de prontuários dos pacientes submetidos a microcirurgia de laringe devido a Edema de Reinke no Hospital Oftalmológico de Sorocaba, no período de janeiro de 2018 até abril de 2022.

Resultados: Realizadas 13 microcirurgias de laringe devido a Edema de Reinke, sendo 84,6% dos pacientes do sexo feminino. A faixa etária compreendeu de 45 a 70 anos (média de 57,5 anos). Todos os paciente buscaram o serviço devido a queixa de disfonia iniciada entre sete a cento e vinte meses. Os sintomas associados mais referidos foram: pigarro (quatro pacientes), *globus* faríngeos (cinco pacientes), pirose (quatro pacientes). Dois casos referiram sintomas respiratórios – dispneia (um paciente), tosse seca (um paciente). Os treze casos referiram história de tabagismo há pelo menos vinte anos. Nenhum paciente relatou história familiar de câncer laríngeo. Ao exame endoscópico, observou-se que 84,6% dos edemas de Reinke foram classificados como grau III, 7,6% como grau II e 7,6% como grau I. Quatro casos apresentaram outras lesões associadas ao edema de Reinke nas pregas vocais, sendo dois paciente com pólipos, um paciente com cisto e um paciente com cordite.

Discussão: O espaço de Reinke é um espaço virtual localizado na camada superficial da lâmina própria, delimitado anteriormente pela comissura anterior e posteriormente pelo processo vocal da cartilagem aritenoidea, medialmente pelo epitélio de revestimento e lateralmente pelo ligamento vocal. É composto por tecido conjuntivo frouxo (fibras gelatinosas) com função de absorver o impacto das vibrações das pregas vocais. Devido a esta região ter uma drenagem linfática pobre, ocorre o acúmulo de líquidos ou material gelatinoso (ou ainda semi-sólidos) quando exposta cronicamente a fatores agressores, principalmente o tabagismo de longa data e o abuso vocal. Ainda, alguns autores citam a susceptibilidade individual para desenvolver tal patologia, vista que uma pequena porcentagem dos tabagistas desenvolvem o edema. Tipicamente, é uma patologia mais comum na faixa etária acima dos 40 anos e no sexo feminino. A história típica é de disfonia persistente e progressiva, associada ou não a sintomas de refluxos gastroesofágicos (*globus* faríngeo, pirose, pigarro, disfagia e outros). Nos casos de menor grau de acometimento das pregas vocais, preconiza-se fonoterapia e cessar o tabagismo (em todas as ocasiões e estágios da doença). Caso isto não seja suficiente, é indicado o tratamento cirúrgico (microcirurgia de laringe) para drenagem das pregas vocais e reestabelecimento deste importante espaço virtual.

Conclusão: O edema de Reinke tem uma vasta descrição na literatura em relação a epidemiologia, fisiopatologia e tratamento. Em nossa análise dos prontuários, observamos o mesmo padrão descrito. Além disso, ressaltamos a importância do tabagismo no desenvolvimento da doença e da conscientização do paciente sobre este fator de risco e a importância de se cessar o hábito.

Palavras-chave: edema de reinke; laringologia; microcirurgia de laringe.

PSEUDOTUMOR DE LARINGE: RELATO DE CASO E LEVANTAMENTO DE DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Autor principal: DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH

Coautores: VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA, JOSE LUIZ PIRES JUNIOR, JOANA LUÍZA ZIMMER, MILENA SAYURI OTSUKI, BRUNO CERON HARTMANN, FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI, GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA

Instituição: Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná

Apresentação do caso: B. S., 69 anos de idade, sexo masculino, dislipidêmico, ex-tabagista há 23 anos. Em acompanhamento no ambulatório de Otorrinolaringologia por referir episódios recorrentes de disфония com períodos de afonia, odinofagia para sólidos, pigarro e tosse. Faz uso de Pantoprazol 40 mg ao dia, no momento nega dispepsia, disfagia, sensação de globus faríngeo, dispneia e emagrecimento recente. Ao exame de Videolaringoscopia: presença de lesões difusas em toda a epiglote de aspecto rugoso e esbranquiçadas, aderidas em terço médio e anterior, restrição de mobilidade de prega vocal bilateralmente, também constatado achados de laringite crônica irritativa moderada. Resultado de exame Anatomopatológico obtido através de diversos fragmentos de amostra, evidenciando mucosa escamosa com hiperplasia epitelial moderada com atipias discretas, queratinização acentuada e focos de epidermização. O paciente já foi submetido a três procedimentos cirúrgicos para exérese das lesões, sendo a última cirurgia em 2020, porém apresentou recidivas. Explicado quadro ao paciente, definido plano atual de conduta: realização de cirurgia higiênica no intuito de ressecar o maior número de lesões para nova análise anatomopatológica, já programando abordagem complementar após 3 meses. Além disso, paciente foi encaminhado para fonoterapia e mantida terapia medicamentosa vigente.

Discussão: A disфония é uma queixa comum na otorrinolaringologia, tendo como diagnósticos diferenciais acometimentos inflamatórios, infecciosos, lesões mínimas, tumores benignos e neoplasias de laringe. Essencial que se faça a diferenciação das lesões inflamatórias de caráter agudo e benigno, como nos casos de laringite irritativa por doença do refluxo gastroesofágico, por exemplo, daquelas patologias de caráter insidioso e maligno, haja vista as diferentes abordagens de tratamento para cada uma delas e o prognóstico. Visando realizar o diagnóstico definitivo, além de se lançar mão de biopsiar as lesões e solicitar exames de imagem como tomografia computadorizada para avaliar extensão da doença, é importante levar em conta alguns fatores como a identificação temporal de um processo agudo ou crônico, os fatores de risco, sintomas sistêmicos associados, a idade do paciente, a profissão exercida e a demanda vocal. Quanto ao câncer de laringe, ele representa cerca de 2% das neoplasias, o que perfaz 25% dos cânceres de cabeça e pescoço, com predomínio no sexo masculino, e o principal fator de risco é o tabagismo.

Comentários finais: O paciente em questão apresenta histórico de tabagismo importante. Apesar de ter cessado o fator agressor há mais de 20 anos, vem apresentando lesões recidivantes em laringe de comportamento e aspecto sugestivos de neoplasia, entretanto nenhuma das amostras fechou critérios histológicos. Esse caso demonstra a importância de uma anamnese detalhada para dirigir o pensamento diagnóstico quando nos deparamos com queixas de disфония, além da realização de exame de visualização direta da laringe e principalmente a análise histológica após biópsia cirúrgica quando identificadas lesões de característica ambígua para benignidade ou malignidade.

Palavras-chave: neoplasias laríngeas; disфония; diagnóstico diferencial.

THE VOICE OF THE TRACHEOSTOMIZED PATIENT: ANALYSIS OF PATIENTS UNDERGOING TREATMENT

Autor principal: CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS

Coautores: RÔMULO EVANDRO BRITO DE LEÃO, ARILSON LIMA DA SILVA, THAIS NATIVIDADE DOS REIS, LUCAS DA SILVA VINAGRE, MARILIA SANTA BRIGIDA SILVA JORGE, LEONARDO MENDES ACATAUASSU NUNES

Instituição: *Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic*

The voice is considered an element of great importance in human communication, being a factor closely linked to socialization, emotional condition, occupational function and quality of life.

Objective: to characterize the voice of patients undergoing treatment for tracheal stenosis.

Methodology: a retrospective quantitative study with analysis of 7 medical records from the Tracheoplasty outpatient clinic of the Hospital Público Estadual Galileu, in Belém/PA.

Results: 7 patients were part of the sample, 57% men (n=4) and 43% women (n=3), with a mean age of 40 years (min.: 18, max.: 59), 71% of whom were interior of the state (n=5) and 29% of the metropolitan region (n=2). Regarding the diagnosis, 57% had grade I tracheal stenosis, 29% grade III, and 14% grade IV. Vocal alterations were present in 57% of the participants (n=4), with moderate roughness (29%), severe breathiness (57%), moderate asthenia (14%), moderate tension (29%), mild instability (43%), Maximum Phonation Time (MPT) values with a mean of 4.4 (min.: 1.2; max.: 8.9), with balanced rhythm and glottic filter (100%), adequate articulation in most patients (71%), unilateral crepitus in 28% and absence in 29%.

Conclusion: It was observed that most patients with Montgomery Tube had dysphonia of varying degrees, with severe breathiness and tension being more common, with reduced MPT, difficulty in emitting sound phonemes, cervical tension and median-normal height.

Results show the need for more research with patients with tracheal stenosis, thus being a vast field of studies that generate a better understanding of this pathology.

Palavras-chave: traqueostomy stenosis; voice; speech therapy.

Autor principal: CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS

Coautores: ARILSON LIMA DA SILVA, RÔMULO EVANDRO BRITO DE LEÃO, THAIS NATIVIDADE DOS REIS, LUCAS DA SILVA VINAGRE, MARILIA SANTA BRIGIDA SILVA JORGE, LEONARDO MENDES ACATAUASSU NUNES

Instituição: *Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic*

Among all the pathologies that can affect an individual, those that affect the trachea directly affect the occupational, emotional and social domain of an individual, reflecting greatly on the subject's quality of life. This is what happens with tracheal stenosis, pathologies that affect an important system of the human body: the respiratory system. Stenoses have multifactorial causes with treatment also with several possibilities, being possible to use the Montgomery Tube, also called T Tube.

Objective: to characterize the swallowing of patients with tracheal stenosis in treatment with of Montgomery tube.

Methodology: this is a retrospective quantitative-qualitative study with data collection from medical records of patients hospitalized in a rear hospital in Belém/PA.

Results: From August 2020 to October 2021, 53 patients were seen by the tracheoplasty service, 19% women (n=10) and 81% men (n=43), with a mean age of 36.02 (min.: 15 years, max.: 78 years). Of these patients, most were from municipalities in the interior of the state (68%) and 32% were from the metropolitan region of Belém (n=32).

Conclusion: the treatment of tracheoplasty requires a multiprofessional approach, given the great physical, emotional and social impacts. Therefore, understanding the demand profile becomes the first step towards providing care that aims at excellence, as well as the possibility of aligning public policies that facilitate access to patients in cities far from treatment centers.

Palavras-chave: tracheoplasty; stenosis; montgomery tube.

TCP610

A REALIZAÇÃO DAS CIRURGIAS DE TRAQUEOSTOMIA ENTRE 2018 E 2022 NO NORTE BRASILEIRO**Autor principal:** CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS**Coautores:** LUCAS DA SILVA VINAGRE, MARILIA SANTA BRIGIDA SILVA JORGE, THAIS NATIVIDADE DOS REIS, ARILSON LIMA DA SILVA, RÔMULO EVANDRO BRITO DE LEÃO, LEONARDO MENDES ACATAUASSU NUNES**Instituição:** *Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic***Objetivos:** Analisar estatisticamente dados que corroboram a incidência do procedimento cirúrgico de traqueostomia no norte brasileiro.**Métodos:** Estudo do tipo ecológico de série temporal. Foram utilizados dados secundários sobre a quantidade total de procedimentos, restritos por região, unidade de federação, caráter de atendimento e complexidade, provenientes do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a partir de Assistência à saúde especificamente da Produção Hospitalar (SIH/SUS).**Resultados:** Nesse período de 5 anos, foram 5.635 cirurgias de traqueostomia realizadas na região do norte. É importante citar que o estado do Pará teve o maior número com 2.338 (41,4%) cirurgias que foram realizadas, em segundo lugar vem Amazonas com 1.217 (21,5%) cirurgias que foram feitas, Acre e Amapá foram os estados com menores números de cirurgias feitas, sendo, respectivamente, 144 (2,5%) e 79 (1,4%). Do total de cirurgias realizadas, destaca-se que 4.846 foram de caráter urgente, 784 foram de caráter eletivo, 3 foram de outros tipos de acidente de trânsito e 2 foram de lesões e envenenamento por agentes químicos/físicos, todos em serviço de média complexidade.**Discussão:** Diante dos Resultados, nota-se a elevada realização de cirurgias de traqueostomia no norte brasileiro. Além disso, ressalta-se que a traqueostomia, apesar de ser um procedimento feito em larga escala, também possui aspectos que são de extrema importância, no caso, é preferível que as recomendações atuais sejam utilizadas, ou seja, o profissional de saúde deve utilizar todo o equipamento necessário para cumprir as normas e os Objetivos na realização da cirurgia. Nesse sentido, é fundamental que desde os âmbitos do procedimento, seleção e cuidado pós-operatório do paciente, são causas de grande relevância que vão assegurar uma boa cirurgia acerca do processo.**Conclusão:** Após a análise dos dados, verificou-se que infere-se que os procedimentos cirúrgicos de traqueostomia subjugaram-se em 89,99% dos casos em caráter de urgência, sendo o estado do Pará com maior prevalência das intervenções em pacientes registrados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).**Palavras-chave:** traqueostomia; cirurgia; incidência.

Autor principal: MARIA EDUARDA CARVALHO CATANI

Coautores: GUILHERME SIMAS DO AMARAL CATANI, EVELIN FRANZON, PEDRO CARRION CARVALHO, ANA HELENA STOLTENBERG DO NASCIMENTO

Instituição: UNIFEFE

Apresentação do caso: Paciente sexo feminino, 52 anos, procurou o serviço do Hospital Paranaense de Otorrinolaringologia com quadro de disфонia severa 4 dias após colecistectomia sob anestesia geral. A fim de diagnóstico, foi realizado o exame de videolaringoscopia, observando-se grande granuloma com inserção no bordo superior do terço médio da prega vocal direita. A paciente foi então submetida à microcirurgia de laringe. O granuloma foi ressecado com técnica à frio com o auxílio de pinça e tesoura. Para controle do sangramento foi utilizado cotonóide com adrenalina. Espécime cirúrgico removido foi enviado para avaliação histopatológica que confirmou o diagnóstico de granuloma. No pós-operatório imediato, a paciente já apresentou melhora significativa da análise perceptivo-auditiva vocal.

Discussão: Granulomas laríngeos são lesões benignas, não neoplásicas, comuns, de etiologia variável e normalmente ocorrem no terço posterior das pregas vocais ou na região aritenóidea, podendo apresentar-se unilateralmente ou bilateralmente. São causados por inflamação ou ulceração da mucosa, devido ao comprometimento do pericôndrio da cartilagem aritenóidea. Podem apresentar forma sésil ou pediculada. São mais comuns no sexo masculino, com preponderância entre a quarta e a quinta décadas de vida. Apesar do nome granuloma laríngeo ou granuloma do processo vocal, a lesão não pode ser classificada como um processo granulomatoso verdadeiro, no sentido histopatológico, mas sim, caracteriza-se como um processo inflamatório reativo e reparador, no qual o epitélio escamoso apresenta-se intacto ou pouco ulcerado, com hiperplasia de grau leve. Na lâmina própria, achados frequentes incluem edema, infiltrado inflamatório de polimorfonucleares e linfócitos, e aumento do número de vasos, formando, por vezes, verdadeiros lagos sanguíneos. Na ultraestrutura, observam-se junções epiteliais ocupadas por material amorfo, distanciando as células e afastando os desmossomos uns dos outros. A respeito da sintomatologia, os achados são amplamente diversificados, sendo o mais comum a disфонia, além de tosse, odinofagia, sensação de corpo estranho e dispnéia. Esta patologia é apresentada em geral após longos tempos de intubação orotraqueal (comumente quando excede 10 dias), além de estar relacionada com o refluxo gastroesofágico e abuso vocal. Quando não se encontra nenhuma dessas causas, considera-se como idiopática. O diagnóstico de granuloma laríngeo é feito pela história clínica e exame de vídeo laringoscopia, no qual a lesão se apresenta arredondada, com coloração esbranquiçada/rósea de superfície lisa e tamanho variado. O tratamento consiste principalmente na abordagem cirúrgica, com exérese do granuloma, associado a tratamento clínico de alta eficácia, segundo a literatura. No pós-operatório é indicado repouso vocal por uma semana seguido de reeducação vocal. Medicamentos anti refluxo normalmente são prescritos. A taxa de recidiva é alta, nestes casos o uso de toxina botulínica é indicado. Tratamentos conservadores podem ser realizados, mas são pouco resolutivos.

Comentários finais: Foi descrito um caso de granuloma gigante em terço médio da laringe, o qual se destaca pela localização, uma vez que a maioria dos granulomas ocorrem na parte posterior da laringe. Além disso, o tamanho da lesão é considerado maior que o padrão da doença, também chama atenção o pequeno tempo de intubação que originou a doença.

Palavras-chave: granuloma gigante.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES SUS PARA RETIRADA DE CORPOS ESTRANHOS: PANORAMA DE 2013 A 2021 NO BRASIL

Autor principal: JOANA LUÍZA ZIMMER

Coautores: VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA, LAURO JOAO LOBO ALCANTARA, JULIANA BENTHIEN CAVICHILO, RUBIANNE LIGORIO DE LIMA, BYANCA HEKAVEI HUL, VICTÓRIA CENCI GUARIENTI

Instituição: Hospital Cruz Vermelha - PR

Objetivos: Analisar a estatística dos internamentos SUS para retirada de corpos estranhos do nariz, ouvido, faringe e laringe no Brasil no período de 2013 a 2021. E adicionalmente avaliando o impacto da pandemia de COVID-19, em 2020 e 2021.

Métodos: Trata-se de um estudo observacional exploratório descritivo com abordagem quantitativa. O levantamento de dados foi realizado através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS-TabWin).

Resultados: Nesse período foram realizados 19.920 internamentos SUS para retirada de corpos estranhos no país.

Os números se mantiveram semelhantes com 2197 (2013), 2207 (2014), 2245 (2015), 2293 (2016), 2235 (2017), 2292 (2018), 2069 (2019), 2049 (2020), 2233 (2021).

Em relação distribuição por ano, os números se mantiveram praticamente iguais com o passar dos anos, com uma leve queda de cerca de 220 procedimentos, em todo Brasil, de 2018 para 2019, o que corresponde a uma diminuição de cerca de 10% decorrente, que já voltaram a normalizar em 2021. Não houve uma variação significativa.

Discussão: A presença de corpo estranho nas orelhas, nariz ou garganta é uma queixa muito comum em serviços de urgência e emergência em Otorrinolaringologia. A grande maioria dos pacientes atendidos com essa queixa são de população pediátrica e, quando não dessa faixa, são eventos acidentais.

Os corpos estranhos mais comumente encontrados são, em ordem de prevalência, no ouvido, nariz e orofaringe. E na grande maioria das vezes a remoção é simples e são resolvidos no pronto-socorro, entretanto, pode ser necessária a remoção do objeto em centro cirúrgico, sob sedação ou anestesia geral, necessitando internação, as quais se referem os números apresentados.

Na análise realizada identificou-se uma tendência dos casos se manterem constantes com passar dos anos, com uma diminuição muito pequena em 2018 e 2019, visto que, uma oscilação de cerca de 220 procedimentos é relativamente pouco para a quantidade total de habitantes no país.

Sob outro prisma, não foi observado relação com a pandemia COVID-19, em 2020 e 2021. Como uma grande parcela do tempo do dia a população pediátrica está na escola imaginou-se que, devido a pandemia, e ao fechamento das escolas, o número de casos teria uma tendência a alteração. Porém, não é isso que observamos diante dos Resultados apresentados.

Conclusão: Acidentes com corpos estranhos são uma importante causa de atendimento em serviços de emergência. Por fim, é possível concluir que não houve variação significativa no número de internamentos decorrentes dessa causa e a pandemia COVID-19 não teve impacto em número total de casos. Devido à importância desse tipo de acidente, medidas de prevenção devem ser adotadas, visto que a população pediátrica não está susceptível a programas de orientação e diversos tipos de objetos podem ser introduzidos nas vias aérea. E seu potencial para complicações torna fundamental a atuação do médico especialista otorrinolaringologista.

Palavras-chave: corpo estranho; internamentos; epidemiologia.

Autor principal: MARIA CLARA SOUZA SCHETTINI

Coautores: MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO, THATIANA PEREIRA SILVA, NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO, RODRIGO AMORIM QUESADO, MARÍLIA MONTIS LANZAROTTI HOSKEN, VERENA SILVA CALDAS, WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA

Instituição: Hospital Otorrinos de Feira de Santana

Apresentação do caso: J.S.A. 52 anos, masculino, agricultor, tabagista e etilista, residente em Feira de Santana-BA, apresentava tosse produtiva e disfonia há 3 meses, com piora ao esforço vocal, associado a perda ponderal, sem melhora clínica, a despeito de medicação sintomática. Histórico de leishmaniose visceral há 5 anos, não sabe informar sobre tratamento adequado prévio. Nega demais queixas. Encaminhado ao serviço de otorrinolaringologia, onde realizou-se videolaringoscopia, sendo visualizada lesão úlcero-infiltrativa de prega vocal esquerda, em contato íntimo com comissura anterior e processo vocal ipsilateral. Realizada biópsia de lesão em prega vocal esquerda, com anatomopatológico compatível com leishmania.

Discussão: A leishmaniose ainda é um desafio na saúde pública. Sua transmissão, antes ocorrida em ambiente silvestre, tem acontecido também em áreas rurais desmatadas e em áreas periurbanas. É causada por protozoário do gênero *Leishmania* e está entre as principais doenças endêmicas no Brasil. Pode ter três apresentações clínicas diferentes: visceral, cutânea e mucocutânea, sendo a última geralmente secundária à disseminação hematogênica após meses ou anos de infecção cutânea, podendo manifestar-se com lesões vegetantes, infiltrativas ou ulceradas em variados locais. As primeiras manifestações da leishmaniose laríngea são....O diagnóstico diferencial inclui outras doenças granulomatosas.

Comentários finais: Ainda que o acometimento laríngeo pela leishmaniose seja raro, esta doença deve fazer parte dos diagnósticos diferenciais das doenças granulomatosas encontradas na Otorrinolaringologia, uma vez que o atraso no diagnóstico posterga o tratamento, o que pode fazer com que o paciente tenha um desenvolvimento significativo das lesões e até a evolução para insuficiência respiratória.

Palavras-chave: leishmaniose; laringe; agricultor.

Autor principal: CAROLINA RODRIGUES LARANJEIRA VILAR

Coautores: EVALDO DACHEUX DE MACEDO FILHO, GUILHERME SIMAS DO AMARAL CATANI, SARA THAIS STEFFENS, LUANA CAROLINA FONTANA, LUISI MARIA MEZZOMO, GABRIELA ALVES MARRONI, GUILHERME DE OLIVEIRA LUCIANI

Instituição: Hospital de Clínicas Universidade Federal do Paraná

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 56 anos de idade, anteriormente saudável, queixou-se de disfonia progressiva e sensação de globus faríngeo. A videolaringoscopia mostrou uma diminuição da mobilidade da prega vocal esquerda com abaulamento suave, difuso e regular com limites imprecisos na região da prega vestibular esquerda. A ressonância magnética do pescoço mostrou uma lesão expansiva na topografia da prega vocal esquerda, medindo 33 x 16 x 32 mm, com diminuição do calibre das vias aéreas, deslocamento lateral da cartilagem da tiróide para a esquerda, baixa intensidade em T1 e alta intensidade em T2. Foi realizada uma biópsia excisional da lesão. Os Resultados anatomopatológicos e imuno-histoquímicos foram compatíveis com schwannoma na topografia do nervo laríngeo superior. O paciente evoluiu com melhora da disfonia, sem queixas respiratórias, oclusão e remoção da traqueostomia foi realizada sem intercorrências.

Discussão: Os Schwannomas são tumores benignos da bainha celular de Schwann presentes no sistema nervoso periférico. Cerca de 25-45% dos casos ocorrem localizados na cabeça e pescoço, mas o envolvimento laríngeo ocorre apenas em 0,1-1,5% dos casos. 80% dos schwannomas laríngeos estão localizados na prega ariepiglótica, e 20% nas cordas vocais falsas ou verdadeiras. Os sinais e sintomas ocorrem devido ao efeito de massa, tais como rouquidão, disfagia, sensação de globo e mesmo dispneia. Geralmente cresce submucosal e está bem encapsulado. Na ressonância magnética, a lesão descrita é isointensa à ligeiramente hiperintensa em imagens ponderadas em T1 com realce forte e não homogêneo de Gadolínio, em T2 a lesão é hiperintensa. O diagnóstico definitivo só é feito anatomopatologicamente e a terapêutica eficaz é a ressecção completa.

Comentários finais: O schwannoma do nervo laríngeo superior é uma entidade extremamente rara; pode ter repercussões importantes na qualidade de vida dos doentes, com disfonia, disfagia e mesmo insuficiência respiratória.

Palavras-chave: schwannoma; laringologia; disfonia.

Autor principal: MARÍLIA MONTIS LANZAROTTI HOSKEN

Coautores: MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ, THATIANA PEREIRA SILVA, VERENA SILVA CALDAS, MARIA CLARA SOUZA SCHETTINI, RODRIGO AMORIM QUESADO, ERICA CRISTINA CAMPOS E SANTOS, WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA

Instituição: Hospital Otorrinos

Apresentação do caso: Paciente feminino, 64 anos, tabagista, admitida no Hospital Otorrinos – Feira de Santana-BA, em agosto de 2016, com disфония há três meses. Negou disfagia, dispneia e perda ponderal. À videolaringoscopia, apresentou lesão de aspecto cístico, com origem em banda ventricular direita, ocupando terços médio e anterior (Figura 1). Foi submetida à microcirurgia de laringe, com estudo anatomopatológico confirmando Tumor de Warthin Laríngeo TW. Mantém acompanhamento sem recidiva (Figura 2).

Discussão: Duke et al. (2018), descreve uma paciente, 75 anos, com um tumor supraglótico, que imitava um carcinoma mucoepidermóide, mas confirmando por anatomopatológico como TW, após remoção total da lesão por abordagem transcervical. Todavia, essas lesões podem ser ressecadas transoral (NISA et al., 2015).

Os tumores benignos representam cerca de 5% de todos os tumores laríngeos, e a maioria deles são papilomas (mais de 80%) (NISA et al., 2015). Duke et al. (2018) analisaram 112 casos de tumores benignos da glândula salivar laríngea. Os mais comuns foram cistoadenomas oncocíticos (n = 65), adenomas pleomórficos (n = 28), TW laríngeo (n = 15), adenomas basocelulares (n = 2) e mioepiteliomas (n = 2). A localização tumoral mais comum foi a glote (n = 25), seguido pela supraglote (n = 24) e a subglote (n = 22).

Comentários finais: O tumor de Warthin é uma rara afecção benigna, que pouco acomete a laringe. No caso descrito, evidencia-se a importância da suspeição clínica, para direcionar as condutas, visando minimizar complicações na anatomofisiologia da laringe. É sempre importante realizar investigação com biópsia para descartar diagnósticos diferenciais, incluindo carcinoma espinocelular.

Palavras-chave: disфония; tumores benignos da laringe; tumor de Warthin.

Autor principal: DIEGO SANCHES GALAVOTI GUSSON

Coautores: GIOVANNA EMANUELLA PIFFER TANURI, PAULA MORTOZA LACERDA BEPPU, RUBENS HUBER DA SILVA, BRENO OLIVEIRA BORGES BRANCO, FELIPE LUCIO CORDEIRO FREITAS, LETICIA RODRIGUES MELO, PAULA BELONE GARCIA

Instituição: Instituto Maniglia - Hospital HIORP

Apresentação do caso: G. C. A. S, 51 anos, sexo feminino, natural de São José do Rio Preto - SP. Paciente submetida à tireoidectomia total dá entrada ao serviço de Otorrinolaringologia com queixa de disфония, estridores e 02 episódios de dispneia, 02 meses após cirurgia, sem outras queixas. Solicitado exame de vídeoesfibrolaringoscopia identificando lesão cística ao nível de processo vocal à direita. Submetida a microcirurgia de laringe com utilização de laser de CO₂, sob anestesia geral e intubação orotraqueal, realizada sem intercorrências.

Coletado material e enviado para análise anatomopatológica, com resultado de granuloma piogênico.

Após 10 dias, em consulta de retorno, realizada vídeoesfibrolaringoscopia de controle com ausência de lesão e ótimo processo de cicatrização.

Cerca de dois meses após retirada da lesão paciente retorna referindo globus faríngeo e disфония. Realizada nova vídeoesfibrolaringoscopia com recidiva da lesão no mesmo local da anterior e edema de mucosa interaritenóidea, sugestivo de doença do refluxo gastroesofágico.

Discussão: Granulomas são lesões arredondadas, de diversas colorações (róseas, esbranquiçadas ou vinhosas), unilaterais ou bilaterais, na maioria das vezes pediculadas, apresentando-se com superfície lisa ou irregular. Seus pedículos de implantação se inserem na região posterior da glote, especialmente ao nível das apófises vocais.

Dentre os fatores etiológicos, estão entre os principais, a intubação endotraqueal, o refluxo gastroesofágico e o abuso vocal.

Alguns autores têm observado maior prevalência dos granulomas laríngeos no sexo masculino, relação esta que se inverte quando são considerados, especificamente, os granulomas de intubação, sendo estes mais comuns na laringe feminina, fato que tem sido explicado pelas particularidades anatômicas da configuração da laringe da mulher, apresentando menores dimensões e consequentemente, permitindo maior constato da cânula com a mucosa das vias aéreas.

Na fisiopatologia dessas lesões, a isquemia da mucosa é o denominador comum, particularmente pelo uso de tubos traqueais de maior diâmetro e pela elevada pressão intracuff. A região do processo vocal não mantém contato direto com o balonete, mas sim com a cânula e, por apresentar delgada cobertura de mucosa e pericôndrio, é frequentemente lesada durante intubação, principalmente em intubações traumáticas e em pacientes agitados.

Recidivas precoces (antes dos 3 meses de cirurgia) são menos comuns que recidivas tardias (após um ano) e estão menos associados quando há retirada da lesão em conjunto com aplicação da toxina botulínica no músculo tireoaritenóideo. Com a diminuição da força adutora da prega vocal pelo período de ação do Botox, não há contato forçado entre os processos vocais durante a fonação, tosse e pigarro, permitindo a cicatrização da mucosa e desaparecimento do granuloma.

Lesões recidivantes estão mais relacionadas ao acometimento glótico pelo ácido gástrico e não repouso vocal pós-cirúrgico.

Conclusão: Os granulomas vocais pós-intubação endotraqueal podem surgir em qualquer faixa etária, bem como em pacientes submetidos à intubação por curto período de tempo. Os sintomas vocais são precoces.

O tratamento cirúrgico associado ao tratamento clínico costuma ser eficaz na remissão do granuloma na maioria dos casos.

Recidivas precoces são, em número, inferior às recidivas tardias e tem indicação cirúrgica associado ao uso da toxina botulínica e acompanhamento da doença do refluxo gastroesofágico e repouso vocal.

Palavras-chave: prega vocal; granuloma; recidiva.

Autor principal: ANNA DÉBORA ESMERALDO DOS SANTOS

Coautores: PAULO AUGUSTO MOREIRA MATOS, ARTUR GUILHERME HOLANDA LIMA, GABRIEL PINHO MORORÓ, MIKHAEL RANIER LEITE RAMALHO, RAFAEL BUSTAMANTE DE CASTRO, DANIEL ALENCASTRO DE SOUSA, ERIK FROTA HAGUETTE

Instituição: Hospital Geral de Fortaleza

Apresentação do caso: Paciente 39 anos, sexo feminino, natural e procedente de Boa Viagem - Ceará, negando comorbidades prévias. Relato de que, há 6 meses, após intubação orotraqueal prolongada e traqueostomia por COVID-19, com internação hospitalar de junho de 2021 a agosto do mesmo ano, passou a apresentar episódios de dispneia de caráter progressivo, inicialmente aos esforços, evoluindo para dispneia em repouso, associada a disfonia importante e tosse seca frequente. Informa apresentar limitações intensas das suas atividades do dia a dia, com alívio temporário discreto da dispneia com uso de corticoide inalatório. Realizada laringoscopia direta em ambulatório, sendo observado edema de face inferior de pregas vocais, associado a estenose subglótica, e recomendada realização de traqueoscopia em centro cirúrgico. No procedimento, visualizada área de estenose em face inferior das pregas vocais, sem evidência de outros pontos de estreitamento da via aérea até região da carina, sendo realizada dilatação da área com balonete com pressão de 12 mmHg. Paciente evolui com persistência da queixa de dispneia, apresentando piora importante do sintoma, associado a estridor, cerca de 6 semanas após a abordagem. Foi admitida em emergência de hospital terciário, e verificada, em Laringoscopia, hipercinesia laríngea com hiperconstricção mediana severa e estenose subglótica Cotton Myer III, acometendo aproximadamente 95% da luz subglótica, com piora significativa em relação ao exame prévio, sendo indicada, então, realização de traqueostomia de urgência. Mantém seguimento ambulatorial, em uso de traqueóstomo, com indicação de abordagem cirúrgica posterior, por via aberta, para reconstrução laringotraqueal.

Discussão: A estenose subglótica consiste numa sequela obstrutiva laringotraqueal, sendo causa frequente de obstrução das vias aéreas. Quando não realizada uma intervenção ágil, tal patologia apresenta alto potencial de letalidade. Quanto à sua etiologia, pode ser classificada em congênita ou adquirida. As adquiridas estão comumente relacionadas à intubação orotraqueal prolongada e à traqueostomia. Dentre as várias complicações potenciais identificadas em meio à pandemia de COVID-19, apesar de pouco comum nesse contexto, está a estenose subglótica, sobretudo nos pacientes que ficam um longo período em ventilação mecânica e nos que apresentam alguma comorbidade prévia, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, asma ou alguma outra síndrome respiratória. A classificação de Cotton-Myer propõe um sistema para graduar o estreitamento da via aérea, sendo Grau I quando apresenta menos de 70% da luz subglótica; grau II: entre 70 e 90%; grau III: maior que 90%, com alguma luz pequena identificável e grau IV: obstrução completa, com ausência de luz. Apresenta uma sintomatologia variada, com estridor bifásico ou inspiratório e, em obstruções graves, pode ser relatada dispneia, além de constatado esforço respiratório (com retração de fúrcula e costal). O rastreamento pode ser feito por nasofibrolaringoscopia, mas o método padrão-ouro de diagnóstico é a laringoscopia direta sob anestesia geral. A abordagem de urgência, quando observada insuficiência respiratória, consiste na realização de traqueostomia. No que concerne a procedimentos cirúrgicos para tratamento, podem ser citados a dilatação com balão, a realização de split cricotraqueal anterior e, quando sintomas graves, reconstrução laringotraqueal ou ressecção cricotraqueal.

Comentários finais: Trata-se de uma complicação pouco frequente de COVID-19, mas que deve ser considerada e rastreada nos pacientes que persistem com queixa de dispneia após a retirada do suporte ventilatório, pois o atraso para identificação correta da patologia pode comprometer sobremaneira a evolução clínica do paciente.

Palavras-chave: estenose subglótica; COVID-19; estridor.

Autor principal: LUCAS ABREU ARANTES

Coautores: AMANDA AZEVEDO, MICHELLY MENDONCA ALVARENGA DINIZ, ANA CAROLINA SOBREIRA ABRAHÃO, ROSANE SICILIANO MACHADO BARCELOS, LUIZ CLAUDIO COSTA PINTO DA SILVA, WALLACE NASCIMENTO DE SOUZA, ANA CAROLINA ROBADELO DA SILVA FREIRE

Instituição: Hospital Central da Polícia Militar do Rio de Janeiro

Apresentação do caso: R.N., 76 anos, tabagista 65 maços/ano, deu entrada na emergência de otorrinolaringologia do Hospital Central da Polícia Militar do Rio de Janeiro com queixa de odinofagia, disfonia e dispnéia leve, sem sinais de esforço respiratório, de início há aproximadamente 03 dias. Ao exame básico otorrinolaringológico não se notavam alterações dignas de nota, optou-se então pela realização de uma videolaringoscopia onde observou-se edema difuso e hiperemia de região supraglótica, principalmente de epiglote, pregas ariepiglóticas e aritenoides. Exame laboratorial evidenciou Hemograma com 19700 leucócitos, PCR 30. Paciente foi então encaminhado para internação em leito de CTI com vigilância de via aérea, iniciado antibioticoterapia com Ceftriaxone, Vancomicina e corticoterapia com Dexametasona. Apresentou melhora importante nas 72h seguintes, nova videolaringoscopia evidenciou redução importante do edema, porém o mesmo evoluiu com Insuficiência Renal Aguda em provável decorrência da Vancomicina. Optou-se pela troca da antibioticoterapia para Amoxicilina/Clavulanato e Clindamicina oral, paciente evoluiu bem, com melhora clínica e laboratorial completa, recebeu alta hospitalar finalizando o tratamento com 10 dias do esquema oral em via domiciliar.

Discussão: A supraglotite aguda, antes conhecida como Epiglote Aguda, consiste em uma afecção da região supraglótica, composta pelas aritenoides, pregas ariepiglóticas, epiglote e valécula. Antes da introdução da vacinação contra o *Haemophilus influenzae* tipo B, esta era uma doença de grande prevalência na população pediátrica. Contudo, observou-se um aumento do número de casos da Supraglotite Aguda em adultos, provavelmente devido a imunização global das crianças, com uma incidência de cerca de 1/100000 por ano e uma mortalidade entre 6 e 20%. Nessa população os agentes etiológicos mais implicados são *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* e outros sorotipos de *Haemophilus influenzae*. O quadro clínico na Apresentação varia desde febre, odinofagia e disfagia até sialorreia e dificuldade respiratória. Normalmente as características clínicas que mais associam a necessidade de intervenção na via aérea são os pacientes com hábitos tabágicos e etílicos e os sinais e sintomas são estridor, taquipneia e voz abafada. O tempo médio de duração de internação varia entre 3 e 5 dias. O tratamento consiste em vigilância respiratória, antibioticoterapia IV com cefalosporinas, sendo associada clindamicina/metronidazol ou betalactâmicos com inibidor de betalactamase de acordo com a existência de uma evolução clínica desfavorável. Na fase inicial, realiza-se corticoterapia IV para redução do edema supraglótico.

Considerações Finais: A supraglotite em adultos apesar de apresentar um curso clínico mais benigno que a população pediátrica mantém um potencial de complicações graves. É necessária atenção aos sinais e sintomas de alerta para uma evolução mais agressiva. O tratamento através de antibioticoterapia associado a corticoterapia IV mostra bons Resultados para a resolução clínica, normalmente sem necessidade de estratégias invasivas de tratamento.

Palavras-chave: supraglotite aguda.

Autor principal: GABRIEL PINHO MORORÓ

Coautores: ERIK FROTA HAGUETTE, RAFAEL BUSTAMANTE DE CASTRO, ANNA DÉBORA ESMERALDO DOS SANTOS, ARTUR GUILHERME HOLANDA LIMA, PAULO AUGUSTO MOREIRA MATOS, MIKHAEL RANIER LEITE RAMALHO, DANIEL ALENCASTRO DE SOUSA

Instituição: Hospital Geral de Fortaleza

Apresentação do caso: Paciente, sexo masculino, 46 anos, busca ambulatório de otorrinolaringologia por quadro de disfonia progressiva há 01 ano. Associado ao quadro, referiu perda de peso, mas não soube informar quanto. Paciente negava etilismo e tabagismo. Realizou laringoscopia rígida que identificou: granuloma vocal em processo vocal direito, imobilidade em prega vocal esquerda em posição paramediana. Pela imobilidade em prega vocal esquerda sem aparente etiologia definida, solicitada tomografia de tórax e pescoço + biópsia de granuloma. Exame de imagem evidenciou lesão nodular no arco lateral da cricóide de 2,1 x 1,9cm, sugerindo hipótese de condroma ou condrossarcoma de baixo grau. Histopatológico do granuloma: hiperplasia epitelial sem atipias. Discutido exame tomográfico com equipe de cabeça e pescoço, sendo optado por biópsia por via cervical aberta da lesão cricóidea. Internou-se para realizar faringotomia lateral esquerda + cricoaritenoidectomia esquerda + traqueostomia e passagem de sonda nasoenteral. Histopatológico da peça cirúrgica confirmou condrossarcoma de baixo grau. Realizada terapia complementar com radioterapia. No seguimento pós cirurgia/rt, paciente apresentou boa evolução, conseguindo ocluir traqueostomia e retomar dieta por via oral. Paciente atualmente mantém seguimento de rotina no serviço de laringologia.

Discussão: O condrossarcoma é o sarcoma mais comum da região laríngea. A faixa etária mais acometida é entre 60- 70 anos, estando nosso paciente um pouco abaixo do predomínio epidemiológico. Como no caso apresentado, é três vezes mais comum no sexo masculino. O sítio laríngeo mais acometido é a cartilagem cricóide. A clínica costuma ser inespecífica e discreta, com queixas de dor, disfonia progressiva, distensão. A imobilidade de prega vocal ao exame físico pode ser um sinal precoce decorrente do envolvimento neural do laríngeo recorrente ou da fixação da cartilagem cricoaritenóidea. A tomografia auxilia na investigação, evidenciando lesão de aspecto nodular, com calcificação em mancha ou pontilhada da matriz cartilaginosa. É considerado uma lesão localmente agressiva, tendo potencial de metástases hematogênicas e linfonodais. Os principais sítios de metástase são os pulmões e cadeias linfonodais cervicais. Casos de condrossarcoma de baixo grau, como o descrito no relato, possuem risco de doença metastática mínima. Tratamento de escolha é cirúrgico (laringectomia parcial como proposta inicial). Margens devem ser amplas, pois o risco de implantação das células cartilaginosas é grande, tornando frequente as recorrências.

Comentários: O condrossarcoma é um tumor de difícil diagnóstico na região laríngea. A presença de sintomas inespecíficos e a dificuldade em distingui-lo de lesões como condroma pelo exame de imagem exigem alta suspeição da equipe assistente. A modalidade terapêutica inicial mais recomendada são as técnicas de laringectomia parcial, tal como descrito no relato proposto. O seguimento do caso deve ser prologando, pelo risco de recorrência. 5-10 anos é o período indicado para acompanhamento.

Palavras-chave: condrossarcoma; laringologia.

TCP620 AMILOIDOSE LARÍNGEA: UM RELATO DE CASO

Autor principal: LARISSA CARVALHO SILVESTRE

Coautores: THATTYANNE CKRYSTTYANN AGUIAR SOUZA, GUSTHAVO DE OLIVEIRA MARQUES, JOSIELLEN ALMEIDA NASCIMENTO, LAISSON RONNAN SILVA DE MELO, LETÍCIA ANTUNES GUIMARÃES, LEANDRO RENATO GUSMAO DUARTE, ANA PAULA MARQUES MACHADO

Instituição: Hospital Universitário Clemente de Faria-UNIMONTES

Apresentação do caso: Paciente, masculino, 63 anos, procurou otorrinolaringologia devido glóbus faríngeo e disfonia crônicos. Exame físico sem alterações. À laringoscopia, notou-se abaulamento amarelado em aritenóide direita e pregas vestibulares e lesão infiltrativa em face lingual de epiglote. Foi submetido à microlaringoscopia para biópsia incisional, sendo os fragmentos corados com vermelho do Congo e o anatomopatológico compatível com amiloidose. Diante do diagnóstico, investigou-se doença sistêmica com tomografia de tórax contrastada e exames laboratoriais (sem alterações importantes). Devido a sintomatologia leve optou-se por tratamento conservador e seguimento ambulatorial.

Discussão: A amiloidose laríngea é idiopática, benigna e lentamente progressiva. Como neste caso; tem predileção por homens entre 40-60 anos que tendem a queixar disfonia (principal), podendo haver desconforto faríngeo, tosse, disfagia, hemoptise ou dispneia. A videolaringoscopia, evidencia lesões amareladas e transluzantes, além de nódulos e lesões infiltrativas. Granulomatoses e neoplasia laríngea são diagnóstico diferencial.

Caracteriza-se pela deposição de proteínas fibrilares insolúveis na matriz extracelular prejudicando a função de órgãos. Neste caso, afetou aritenóide, face lingual de epiglote e pregas vestibulares, mas pode acometer pregas vocais e subglote.

No anatomopatológico (padrão ouro para diagnóstico) o fragmento cora-se com corante vermelho Congo com birrefringência característica verde-maçã. Concluído o diagnóstico, investiga-se envolvimento sistêmico, motivo da solicitação da tomografia torácica e dos exames laboratoriais. O acometimento laríngeo isolado tem ótimo prognóstico, podendo ser tratado apenas conservadoramente (como neste caso) com observação e seguimento ambulatoriais.

Comentários finais: A amiloidose laríngea representa aproximadamente 1% dos tumores benignos de laringe.

Para diagnóstico são fundamentais videolaringoscopia e anatomopatológico. Sua gravidade varia com a extensão da doença, podendo haver acometimento sistêmico, que é definido por exames complementares como a tomografia de tórax. O prognóstico tende a ser bom, sendo a cirurgia reservada para casos extensos muito sintomáticos. O seguimento longitudinal é indispensável tanto para avaliar progressão quanto recidiva da doença.

Palavras-chave: amiloidose; laringe; disfonia.

TCP621

TRATAMENTO CLÍNICO DA PAPILOMATOSE LARÍNGEA RECORRENTE: UMA REVISÃO DE LITERATURA**Autor principal:** GABRIEL PINHO MORORÓ**Coautores:** GUILHERME PINHO MORORÓ, ANTONIO SOARES MORORO, MARIA EUDOCIA DE PINHO ALVES TEIXEIRA**Instituição:** Hospital Geral de Fortaleza**Objetivos:** Revisar novas perspectivas no manejo clínico da papilomatose laríngea recorrente (PLR).**Métodos:** Estudo descritivo baseado na análise artigos da plataforma pubmed publicados entre 2017-2022 como resultado da pesquisa: “laryngeal papillomatosis treatment”

Resultados: Papilomatose laríngea é uma doença benigna caracterizada por tumores benignos ao longo da via aérea secundários à infecção pelo papiloma vírus humano (HPV). Os subtipos mais associados são o 6 e 11. Tais lesões podem desencadear alterações na fonação e dificuldades respiratórias. Pela alta chance de recorrência cada vez mais tem-se utilizado terapias adjuvantes. Em estudo randomizado duplo cego realizado na cidade do México, dividiu-se três grupos de pacientes com papilomatose laríngea recorrente. Em cada grupo seria aplicada uma medicação intraoperatório (laringoscopia direta): cidofovir, bevacizumabe ou placebo. Ao final de 1 ano de acompanhamento, conclui-se que o cidofovir promoveu uma melhora significativa no escore de gravidade derkey, sem os mesmos achados nos demais grupos. Em uma série de casos realizadas em houston, 3 pacientes com papilomatose laríngea recorrente refratárias ao manejo cirúrgico foram tratadas com 10mg/kg de bevacizumabe sistêmico a cada 4 semanas. A administração sistêmica foi eficaz na redução do escore derkey, melhora da qualidade vocal e redução da necessidade de desbridamento. Tais benefícios foram atingidos com uma taxa mínima de efeitos adversos, sendo os mais relatados proteinúria leve e epistaxe de pequena monta transitória. Já em whashington, 02 casos de plr com uso de bevacizumabe permitiram identificar a redução concomitantes das lesões pulmonares. Pesquisa realizada na holanda mostrou Resultados similares com o bevacizumabe: o uso sistêmico apresentou eficácia na redução de recorrências em 95% dos pacientes tratados, enquanto o uso intralesional foi eficaz em apenas 60% dos casos. Revisão sistemática do grupo italiano de messina selecionou 20 relatórios, incluindo 270 pacientes com plr. Definiu-se uma concentração média de cidofovir de 7,5mg/ml, com uso de 6 injeções/abordagem. Tais abordagens eram intervaladas em 26 dias. Uma das preocupações com uso da medicação era a evolução para displasia laríngea. Na revisão descrita, apenas 1,48% dos casos evoluiu com tal complicação. Estudo da equipe de cirurgia de cabeça e pescoço da universidade de nihon-tóquio acompanhou 11 pacientes com papilomatose laríngea recorrente em que foram administradas a vacina anti-hpv. Avaliou-se secreção laríngea antes e 1 anos após vacina. Em 75% dos pacientes houve negatificação do hpv-dna. 55% dos casos não apresentaram recorrência da doença durante o acompanhamento. Estudos de fase i/ii tem sido realizados com o vírus vaccinia ankara (MVA) e2 intralesional, havendo completa eliminação da lesões em pacientes com 2 aplicações do tratamento.

Discussão: A PLR é uma doença causada pelo HPV. Este, ao infectar células basais do epitélio escamoso estratificado gera microtraumas progressivos. É considerado o tumor benigno mais comum da laringe. A agressividade e recorrência são mais intensas na forma juvenil, podendo inclusive se disseminar para a árvore traqueobrônquica. A forma juvenil encontra-se mais relacionada à transmissão vertical pelo canal de parto. Pela alta recorrência nos últimos anos cada vez mais se utilizam as terapias adjuvantes. Englobando:

- Interferon alfa.

- Antivirais: destaque para o cidofovir: análogo do nucleotídeo citosina, sendo potente inibidor replicação viral.
- Bevacizumabe: anticorpo monoclonal humanizado inibidor do fator vascular endotelial.

Estudos atuais demonstram que o uso da vacina tetravalente contra o HPV (6,11,16 e 18), mesmo em pacientes já infectados teria benefícios na estabilização e remissão da doença.

Conclusão: O tratamento adjuvante da papilomatose laríngea recorrente ainda se encontra em amplo desenvolvimento. O conhecimento das diversas opções terapêuticas permite traçar propostas mais resolutivas aos pacientes com tal condição.

Palavras-chave: papilomatose; adjuvância; laringologia.

TCP622 COMPLICAÇÕES LARÍNGEAS APÓS INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL POR COVID-19

Autor principal: JULIANA ALVES DIAS FERNANDES

Coautores: JOYCE RIOS BRAGA VILELA SILVA, FERNANDA FRANCO CARREGOSA, MARIA FERNANDA BONOME CARDOSO, RAFAELLA GRANIERI LIBERATO COSTA, PRISCILA NOGUEIRA SOARES, HELOISA DOS SANTOS SOBREIRA NUNES, JOSE ANTONIO PINTO

Instituição: *Núcleo de Otorrinolaringologia, Cabeça e Pescoço e Medicina do Sono de São Paulo*

Objetivos: Este trabalho tem como objetivo, além de revisão da literatura, relatar três casos de complicação após intubação orotraqueal em pacientes infectados pelo novo coronavírus 19 atendidos ambulatorialmente no Núcleo de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço de São Paulo (NOSP).

Métodos: Realizada revisão de prontuários de pacientes atendidos ambulatorialmente no Núcleo de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço de São Paulo (NOSP) e seus desfechos clínicos e cirúrgicos.

Resultados: Os três relatos de caso evidenciaram pacientes que foram submetidos a realização de traqueostomia após intubação orotraqueal prolongada por COVID-19, necessitando de um longo tempo de ventilação mecânica e evoluíram com complicações.

O primeiro paciente apresentou quadro de dispneia e disfonia progressiva sendo detectado ao exame de nasofibrolaringoscopia flexível dismotilidade de prega vocal esquerda, granuloma de aritenóide à direita e luxação ariepiglótica sobre a glote posterior. Para melhor elucidação diagnóstica foi solicitado exame de eletroneuromiografia, ainda não realizado.

O segundo paciente evoluiu com dispneia gradativa após decanulação. Através de exame de tomografia computadorizada de pescoço e exame de nasofibrolaringoscopia flexível foi diagnosticado estenose subglótica resultante da projeção da parede anterior da traquéia com tecido de granulação reduzindo a luz em 70%. Submetido a microcirurgia e ressecção de estenose subglótica com uso de laser de CO₂ Ultra pulse Duo, utilizando até 20W de energia e dilatação com balão Paseo-35. Sem intercorrências no pós-operatório. Retornou ao ambulatório um ano após o procedimento cirúrgico, em bom estado geral, sem dispnéias ou outras alterações respiratórias.

O terceiro paciente apresentou quadro de insuficiência respiratória, após primeira decanulação, sendo necessária nova traqueostomia. Realizada nasofibrolaringoscopia que evidenciou estenose subglótica ocupando 40% do lúmen na parede anterior estendendo-se ao traqueostoma. Optado por realizar microcirurgia de laringe com laser de CO₂ Ultra Pulse Duo – aguardando realização.

Discussão: Sabe-se que a intubação orotraqueal é uma das formas de assistência ventilatória podendo ser de longa ou curta duração em pacientes que necessitam de tal suporte.

Devido a anatomia laríngea, o tubo ventilatório em contato com a região posterior da laringe pode provocar ulceração, granuloma e fibrose na região, porém, geralmente, com alto índice de regeneração após 30 dias. Em raros casos, o quadro de fibrose evolui para estenose da região laríngea ou traqueia levando o paciente a um quadro de desconforto respiratório.

Durante a pandemia de COVID-19 a permanência da intubação orotraqueal prolongada gerou um aumento do número de complicações laríngeas. Em nosso estudo, percebemos que todos os pacientes foram submetidos a traqueostomia tardia e apresentaram reveses.

Portanto, é essencial que os profissionais que executam tal operação estejam capacitados e bem orientados quanto a maneira correta de intubação e extubação, e quanto ao tempo correto para realização de traqueostomia, com intuito de reduzir complicações laríngeas.

A compreensão da fisiopatologia das lesões e dos fatores predisponentes associados em conjunto com equipe multidisciplinar para tomar medidas profiláticas, certamente auxiliarão na redução dessas complicações.

Conclusão: O tempo de intubação orotraqueal associado ao processo inflamatório devido ao trauma, representa importante risco e causa das lesões laríngeas. Durante a pandemia COVID-19 houve uma flexibilidade em relação ao período de intubação orotraqueal, sendo aceito seu uso por períodos prolongados, mais de dez dias. A intubação orotraqueal prolongada gerou complicações laríngeas. Sendo assim, torna-se relevante a diminuição do tempo de intubação quando há possibilidade clínica favorável e iniciar os cuidados com a traqueostomia e via aérea.

Palavras-chave: estenose subglótica; COVID-19; complicações laríngeas.

TCP623

RECONSTRUÇÃO LARINGOTRAQUEAL COM ENXERTO DE CARTILAGEM PARA CORREÇÃO DE ESTENOSE POSTERIOR DA GLOTE.**Autor principal:** SOFIA PEREIRA TIRONI**Coautores:** SÉRGIO EDRIANE REZENDE, CLARICE REIS DE OLIVEIRA, FERNANDA GOMES RESENDE, MILENA GAVA FIM, PATRICIA ROSA NUNES, RODRIGO PÊGO FRANCO, CHENG T-PING**Instituição:** Instituto de Otorrinolaringologia de Minas Gerais

Apresentação do caso: Paciente, sexo feminino, aos 3 meses de vida, diagnosticada com endocardite e necessidade intubação orotraqueal prolongada, evoluindo com estenose subglótica. Aos 6 meses foi realizada traqueostomia após falências na extubação. Desde então, vem sendo submetida a trocas da cânulas periódicas e dilatação da subglote com endoscópio rígido. Na laringoscopia direta, identificamos estenose glótica com estenose posterior da glote. Fibronasolaringoscopia evidenciava projeção medial das aritenóides e pregas vocais sem movimento bilateralmente. TC do pescoço demonstrava um estreitamento da luz da laringe na topografia glótica/supraglótica, com extensão estimada de 1,5cm. Aos 8 anos foi submetida a cirurgia de reconstrução laringotraqueal com enxerto de cartilagem costal tendo bom resultado pós operatório, com retorno de mobilidade da prega vocal esquerda e fenda glótica satisfatória para decanulação.

Discussão: A estenose laringotraqueal na infância pode ser decorrente de condições congênitas ou adquiridas. Cerca de 90% dos casos adquiridos são decorrentes de lesões pós intubação orotraqueal. A duração da intubação superior a 4 semanas é apenas um dos fatores que podem predispor a estenose laringotraqueal pós-intubação. Outros fatores predisponentes para estenose pós intubação estão relacionados ao paciente (idade, tamanho e forma da laringe, doenças sistêmicas), ao tubo endotraqueal utilizado (superdimensionado ou dureza excessiva), ao procedimento de intubação (intubações traumáticas e múltiplas) e aos cuidados de enfermagem durante a IOT (sedação deficiente do paciente, excesso de movimento do tubo endotraqueal). Os principais fatores locais contribuintes para a estenose laringotraqueal são o trauma durante o procedimento e as lesões induzidas por pressão. Essas lesões podem evoluir para sequelas estenóticas da laringe provocando aderências na comissura laríngea posterior ou a nível subglótico, estenose glótica posterior com ou sem fixação da articulação cricoaritenóidea, estenose subglótica e cistos de retenção mucosa. Nesses casos a reconstrução laringotraqueal com expansão de cartilagem pode ser realizada com o intuito de expandir a via aérea. O procedimento consiste na realização de laringofissura anterior, divisão posterior da cartilagem cricóide na linha média e fixação do enxerto de cartilagem anterior e/ou posterior, proporcionando abertura da via aérea. A cartilagem costal é o enxerto mais utilizado devido a sua rigidez, disponibilidade em grandes quantidades e facilidade de manejo e molde permitindo encaixar em qualquer área. Após a reconstrução cirúrgica, moldes laringotraqueais (tubo T de Montgomery, Monier LT- Molde) são utilizados por períodos curtos para manter a via aérea expandida. Esses moldes devem seguir o contorno das vias aéreas e exercer uma pressão inferior a 30mmhg na mucosa. O índice de falha e rejeição do enxerto após reconstrução laringotraqueal é estimado em torno de 2%. Diversos casos de falhas são descritos na literatura, a maioria ocorrendo após cirurgia primária de estenose subglótica ou estenose subglótica com envolvimento glótico. O aperfeiçoamento das etapas terapêuticas (avaliação pré-operatório, técnica cirúrgica e cuidados pós-operatórios) levam a melhores Resultados, mas mesmo assim um número significativo de reconstruções evoluem com falha.

Comentários finais: As estenoses laringotraqueais surgem mais comumente de complicações iatrogênicas pós-intubação, portanto compreender os fatores envolvidos no seu desenvolvimento é fundamental para a prevenção adequada. A cirurgia reconstrutiva da laringe constitui um desafio nesses casos e o aperfeiçoamento das etapas terapêuticas leva a maior taxa de sucesso do procedimento.

Palavras-chave: reconstrução laringotraqueal; estenose glótica; enxerto cartilagem costal.

Autor principal: EMILY BARBOSA DO NASCIMENTO

Coautores: JESSICA MIGUEL MEDEIROS DA SILVA, CAIO EDDIE DE MELO ALVES, YANE MELO DA SILVA SANTANA, RAÍSSA COSTA SAID, ÁLEX WILKER ALVES SOARES, AUGUSTO CESAR PINTO DE ARRUDA GUIMARÃES, GISELE MAIA SIQUEIRA VALENTE

Instituição: *Universidade Federal do Amazonas*

Apresentação do caso: A.S.S., sexo feminino, 44 anos, procurou serviço de otorrinolaringologia por apresentar disфония há cerca de 2 anos. Relatou disфония ao acordar e disfagia para sólidos. Negou outras queixas otorrinolaringológicas, tabagismo e etilismo. Ao exame físico otorrinolaringológico inicial não apresentara nada digno de nota. A videolaringoscopia (VDL) evidenciou em região retrocricóidea e interaritenóidea, edema e hiperemia; presença de lesões de aspecto aftoide em superfície de aritenóides à esquerda; pregas vocais com mobilidade diminuída em posição paramediana, porém simétricas e com fechamento incompleto; presença de fenda triangular anteroposterior, sem lesão em borda livre. Visualizou-se em pregas vocais edema e lesão de aspecto esbranquiçado, infiltrativo e granulomatoso. Já na tomografia computadorizada de tórax, observou-se bronquiectasias e bronquioloectasias com opacidades reticulares no lobo inferior direito além de micronódulos centroacinares, ramificados e outros de aspecto confluyente, também caracterizados nos lobos superiores que podiam estar relacionados a processo inflamatório/infeccioso com disseminação endobrônquica. O diagnóstico de tuberculose (TB) extrapulmonar de localização laríngea foi realizado de modo empírico pelo pneumologista uma vez que o exame microscópico direto (baciloscopia direta), a cultura para micobactéria com identificação de espécie, o teste de sensibilidade antimicrobiana e o teste rápido para tuberculose não foram elucidativos. Iniciou-se, então, esquema para TB extrapulmonar com bom resultado clínico. Em seu retorno após dois meses de tratamento, a VDL não evidenciou sinal de lesão granulomatosa.

Discussão: Outrora, a TB laríngea se apresentava de forma indissociável da pulmonar. No entanto, têm ganhado notoriedade a Apresentação dela sem esse quadro clássico. Para explicar esse mecanismo, algumas teorias foram propostas. A teoria broncogênica relata que a laringe é infectada por secreções broncogênicas, ocasionando disseminação por contato direto; já na teoria hematogênica, a infecção ocorre através de vasos sanguíneos ou linfáticos. Nessa última hipótese, os pacientes não apresentam implicações pulmonares. A doença relatada predomina no sexo masculino e a faixa etária é variável. A Apresentação clínica é semelhante ao de uma laringite crônica, cujo principal sintoma é a disфония. Além disso, manifestações como disfagia e odinofagia são frequentes. As estruturas laríngeas mais comumente acometidas são, respectivamente, as pregas vocais, a banda ventricular, a epiglote, as pregas ariepiglóticas, a aritenóide, a comissura posterior e a região subglótica. Para evidenciar uma forma típica da doença, apenas a laringoscopia pode não ser suficiente, pois há a possibilidade de as lesões serem indistinguíveis entre TB laríngea, laringite ou carcinoma, dificultando ainda mais o diagnóstico. Por essa razão, destaca-se a importância da biópsia nas lesões suspeitas. O tratamento é feito com os mesmos agentes antituberculosos da forma pulmonar, contudo aqui é previsto um esquema mais prolongado, no mínimo nove meses. O caso clínico chama atenção para a eficácia terapêutica, visto que parte das lesões regrediram em dois meses. Caso haja persistência dos sintomas, deve-se fazer diagnósticos diferenciais.

Comentários finais: Como a TB laríngea assemelha-se à Apresentação de outras doenças da cabeça e pescoço, inclusive as malignas, é importante conhecer a história detalhada e dispor de exames radiológicos para sustentar sua hipótese diagnóstica. Essa deve ser considerada principalmente em caso de disфония e odinofagia. Havendo a suspeita, o recomendado é proceder a biópsia da lesão. O prognóstico é favorável quando o tratamento adequado é instituído precocemente, prevenindo as complicações.

Palavras-chave: tuberculose; laringe; disфония.

Autor principal: GUILHERME PINHO MORORÓ

Coautores: SACHA TAMARA NOGUEIRA NISSAN, DANIELA COSTA MALHEIROS, BRUNO AZEREDO COUTINHO NASCIMENTO, MICHEL DA SILVA, BEATRIZ SERRAGLIO NARCISO, TACIANE BRINCA SOARES SALITURE

Instituição: Santa Casa da Misericórdia de São Paulo

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 55 anos, previamente hígido, queixava-se de odinofagia de moderada intensidade há 1 mes.

Procurou atendimento médico diversas vezes no período, com uso prévio de múltiplos antibióticos (azitromicina, cefuroxima, ceftriaxone e clincamicina), sem melhora do quadro. Devido a permanência do quadro, paciente chegou ao serviço da Sant Casa de SP onde Em nasofibrosopia, foram evidenciada ulcera rasa em face laríngea de epiglote, coberta por fibrina. Paciente evoluiu com melhora clínica importante após corticoterapia em alta dose, recebendo alta hospitalar em desmame de corticoide. Uma semana após a alta, retornou ao serviço com recidiva de lesões laringeas associado a múltiplas ulceras rasas em palato mole e pilares amigdalianos, momento no qual foi realizada biópsia de Pilar amigdaliano, com resultado de mucosite acantolítica intraepitelial, compatível com pênfigo vulgar. Após a reintrodução de corticoterapia em alta dose, evolui com melhora clínica.

Discussão: O Pênfigo vulgar (PV) é uma doença vesicobolhosa crônica ,de caráter autoimune caracterizada pelo desenvolvimento de bolhas intraepidermicas/ suprabasais em pele e ou mucosa secundárias ao fenômeno de acantólise provocado por resposta imune contra proteínas de adesão celular.

É uma condição rara ,de incidência aproximada de 0,7 pacientes por 100.000 , acometendo, em sua maioria , a faixa etária de 40-50 anos ,segundo Mahmoud te all.

Frequentemente envolve a mucosa oral , devido a suscetibilidades de seu epitélio escamoso não queratinizado ao aparecimento de fendas , podendo acometer também a superfície faríngea da epiglote e sua borda livre, a metade superior da face laríngea da epiglote e as pregas ariepiglóticas que possuem o mesmo tecido alvo.

Fernandez et al demonstraram um maior acometimento laríngeo na parede posterior da faringe, borda livre da epiglote e na prega ariepiglótica.

O quadro inicial é inespecífico podendo evoluir em até seis meses com o aparecimento de bolhas superficiais que se rompem com facilidade e são recobertas por exsudato infamatório/ pseudomembranoso que provoca dificuldade de deglutição , mastigação e fonação de longa data.

O método diagnóstico de escolha é a biópsia perilesional, podendo avaliar a titulação de anticorpos no soro ou tecido. O tratamento incorre do uso de corticoterapia em dose imunossupressora , imunomoduladores , podendo ser utilizado de lasertetaoia de baixa potência.

Comentários finais: Relatamos um raro caso de aparecimento de pênfigo vulgar com primeira manifestação em região laringeas, cujo diagnóstico foi realizado através de biópsia. Houve melhora da lesões com introdução dencorficoide em altas doses. No momento paciente em seguimento do serviço com equipe da otorrino e da dermatologia em programação de iniciar imunomodulador.

Palavras-chave: pênfigo vulgar; laringe; vesicobolhosa.

Autor principal: RAIMUNDO ALMEIDA NETTO

Coautores: ANDRÉ BRANDÃO VALOIS LEITE, GUSTAVO BARRETO DA CUNHA

Instituição: Hospital Santa Izabel, Santa Casa da Bahia

Paciente, MEDS, 4 anos, com diagnóstico de papilomatose laríngea aos 11 meses de idade, confirmada pela anatomia patológica. Desde então, foi submetido a dez procedimentos cirúrgicos para ressecção de lesões papilomatosas na laringe em diferentes serviços, além de traqueostomia aos dezessete meses e tratamento clínico com aciclovir e vacina tetravalente contra o papiloma vírus humano (HPV), estes dois sem o resultado desejado na diminuição das recidivas das lesões. Iniciou acompanhamento no Hospital Santa Izabel, hospital conveniado ao SUS, localizado em Salvador, Bahia em setembro de 2020. Na tentativa de diminuir o número abordagem cirúrgicas, foi indicado tratamento com bevacizumab, sendo iniciado em maio de 2021, com doses endovenosas mensais. A partir de setembro de 2021, com 4 meses de tratamento, não foram mais visualizadas lesões papilomatosas nas laringoscopias trimestrais, sendo realizado fechamento da traqueostomia em abril de 2022. Atualmente, paciente segue com boa evolução, sem sinais de obstrução de via aérea ou surgimento de novas lesões. A papilomatose laríngea é uma doença causada pela infecção pelo HPV, frequentemente pelos tipos 6 e 11, adquirida geralmente por recém nascidos ainda no canal de parto de mães com condiloma vaginal ativa. Essa infecção gera lesões exofíticas, mais comumente na laringe. Seu tratamento é baseado na ressecção cirúrgica das lesões, associado a um tratamento clínico adjuvante, neste sentido, temos o bevacizumab, um anticorpo monoclonal recombinante contra VEGF, que apesar de ser aprovado para uso em outras patologias, como câncer de pulmão, ainda não está inserido em diretrizes e protocolos clínicos para papilomatose laríngea. Contudo, alguns estudos já comprovaram sua eficácia e relativa segurança. Com isso, conclui-se que o bevacizumab apresenta grande potencial no tratamento da papilomatose laríngea recorrente, porém são necessários mais estudos para comprovar se é mesmo superior a outras terapias adjuvantes

Palavras-chave: papilomatose laríngea; bevacizumab; HPV.

Autor principal: GUILHERME RAMOS MENEZES GOMES DE VASCONCELOS

Coautores: MARCOS ANDRÉ DE SARVAT, NARA ZIVIANI VALE SILVA, FELIPE DE ARAUJO BASTOS VIANNA, MATEUS SALES MORAIS, LORENA GALDINO TEIXEIRA, ISA DEPE, THOMAS ALVES GOMES

Instituição: *Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro*

Apresentação do caso: Homem, 55 anos, pedreiro e zelador de fazenda, procedente de paraíba do sul-rj, tabagista de cigarro de palha há 30 anos, nega etilismo, com queixa de disfonia progressiva, tosse seca e perda ponderal há 12 meses. admitido no setor de laringologia do serviço de otorrinolaringologia e cirurgia de cabeça e pescoço do hospital universitário gaffrée e guinle/unirio, sendo submetido a videolaringoscopia, evidenciando lesão úlcero-vegeto-infiltrativa em prega vocal esquerda e em comissura anterior. Levantamos a hipótese de neoplasia maligna de laringe. submetido a traqueostomia e biópsia incisional de laringe sob anestesia geral, cujo laudo médico anatomohistopatológico verificou-se estruturas parasitárias representadas por fungos compatíveis com paracoccidiomicose.

Discussão: A paracoccidiomicose (pcm) é a principal micose sistêmica no brasil, com maior frequência nas regiões sul, sudeste e centro-oeste. esta entidade clínica é causada por um fungo termodimórfico, do gênero paracoccidioides spp. com destaque para espécie patogênica paracoccidioides brasiliensis (p. brasiliensis) disperso no meio ambiente, tendo a inalação de propágulos infectantes dispersos no solo como principal meio de transmissão.

O diagnóstico da doença baseia-se no quadro clínico e na identificação do p. brasiliensis presentes no exame anatomopatológico das lesões.

Lesões laríngeas malignas costumam se apresentar de forma bem semelhantes aos quadros de paracoccidiomicose laríngea, portanto sua diferenciação é imprescindível.

Corroborando com a literatura, os paciente acometidos pela doença, costumam ser procedentes de áreas endêmicas para p. brasiliensis, ser do gênero masculino, tabagista e trabalhadores de atividades agrícolas.

O paciente em questão foi classificado na forma crônica (ou adulta) moderada da doença, recebendo tratamento com itraconazol na dose de 200 mg/dia por 10 meses, apresetando-se controle videolaringoscópicos satisfatórios.

Na literatura, ainda é descrito o uso de sulfametoxazol+trimetropim, bem como a anfotericina b desoxicolato para as formas graves.

Comentários finais: A paracoccidiomicose deve ser sempre lembrado no leque de diagnósticos diferenciais de pacientes com lesões laríngeas, especialmente aqueles que residem em áreas endêmicas de p. brasiliensis. Faz-se ainda necessário um serviço de patologia treinado e com experiência nos achados histopatológicos fúngicos para definição diagnóstica quanto o afastamento de doença oncológica e tão logo seja feita a instituição terapêutica.

Palavras-chave: paracoccidioidomicose; laringe; infecção.

TCP628 TUBERCULOSE LARÍNGEA: RELATO DE CASO

Autor principal: KELLY SATICO MIZUMOTO

Coautores: LARISSA VENDRAME DE MARCHI, GABRIELA JOSEFA MORAES, GIOVANNA SANTOS PIEDADE, CAMILA BLOSS CORDOVA, HENRIQUE MITSUO MURAOKA, HENRIQUE RAHAL CHRISOSTOMO, EDUARDO NIZAR DASSOLER

Instituição: Hospital Universitario Evangelico Mackenzie

Apresentação do caso: O artigo descreve um caso de tuberculose laríngea em um paciente de 45 anos, que procurou atendimento médico após quadro de odinofagia, rouquidão e picos febris eventualmente noturnos, associado a perda de peso. O exame físico revelou linfonodos cervicais dolorosos, e uma lesão laríngea foi vista na videolaringoscopia. A radiografia de tórax revelou opacidades retículo-micronodulares difusas, em regiões perihilares. Além disso, os exames laboratoriais evidenciaram plaquetopenia, PCR elevado e VHS elevados. Por fim, o exame direto de expectoração confirmou a presença de bacilos ácido-álcool resistentes.

Discussão: Por ter sintomas não específicos, a tuberculose laríngea não é um diagnóstico diferencial frequente, o que dificulta ainda mais seu diagnóstico. O paciente deste relato apresentava as principais manifestações da tuberculose laríngea, que cursa com disfonia, disfagia e odinofagia, além de apresentar sintomas consumptivos, como perda de peso e febre. Embora rara, a tuberculose laríngea pode impactar drasticamente na morbidade do paciente e da comunidade, o que justifica ser considerada como um diagnóstico diferencial importante.

Comentários finais: A tuberculose laríngea é uma doença difícil de ser diagnosticada e há poucos dados na literatura sobre essa região extrapulmonar atingida, que representa 2% dos casos. A tuberculose tem alta infectividade enquanto o paciente apresenta o exame BAAR positivo. Seus sintomas são abrangentes, por esse motivo, sua suspeita é bastante subestimada. Seu tratamento é o mesmo da tuberculose pulmonar, com o esquema RHZE 2 meses + RH por 4 meses.

Autor principal: LETÍCIA MARTUCCI

Coautores: FERNANDA HATAB DE CASTRO, RAQUEL FERREIRA MOREIRA, DAYANNE ALINE BEZERRA DE SÁ, BÁRBARA MONTEIRO PASSOS, LUCAS GONÇALVES PINHEIRO, FRANCIELLE TIEMY EIMORI, LUCIANA FERNANDES COSTA

Instituição: Casa de Saúde Santa Marcelina

Apresentação do caso: G.S.S, feminino, 40 anos, história de hipotireoidismo e transtorno de ansiedade, queixava-se de disфония e dispneia a fonação desde o nascimento, além de engasgos e globus faríngeo. A laringoscopia indireta visualizado membrana espessa em terços anterior e médio das pregas vocais, com redução de 50% da luz glótica durante a respiração e de coaptação ineficiente das pregas vocais durante a fonação. Optado em conjunto com a paciente pela correção cirúrgica.

Discussão: Membrana laríngea é considerada a forma mais branda de atresia parcial da laringe, podendo ser congênita ou adquirida, principalmente pós traumática. A forma congênita consiste no resquício membranoso decorrente da falha na recanalização do lúmen laríngeo durante a embriogênese. A maioria das membranas laríngeas são anteriores (95%), representando 5% das malformações laríngeas. A sintomatologia e a gravidade do quadro irão depender da extensão da membrana, podendo apresentar choro, estridor, disфония e até insuficiência respiratória. Transtornos psiquiátricos e alterações oculares podem estar associados. Em sua maioria, ao realizar a intubação orotraqueal neonatal as membranas, por serem delgadas, são rompidas, porém nos que persistem, na laringoscopia é visualizado uma membrana densa associada a uma “vela” subglótica comprometimento a luz do lúmen subglótico. Nesses casos, os tratamentos podem variar, como a realização de laringofissura, colocação de uma prótese de Keel ou traqueostomia tardia com o reparo laríngeo posteriormente ao crescimento da criança.

Comentários finais: o relato exposto trata-se de um caso raro devido à idade da paciente, mas que deve ser levado em consideração principalmente ao evidenciar o início precoce e a duração prolongada dos sintomas. O diagnóstico precoce pode evitar atrasos no desenvolvimento da fala e no comprometimento da voz.

Palavras-chave: doenças da laringe; laringoestenose; disфония.

Autor principal: VITOR BITTAR PRADO

Coautores: MARIA VICTORIA BASTOS TAVARES, MARCO TULIO CRUZ BRAGA, SAMUEL BORGES BASSETTI, MARIO DE GEUS NETO, CAMILA AYUMI GOTO, LORENZO SILVESTRIN SARTORELLI, RAFAEL BURIHAN CAHALI

Instituição: Instituto de Assistência ao Servidor Público Estadual

Apresentação do caso: Paciente 63 anos buscou atendimento visto disfonia há 7 meses depois de 4 dias de intubação orotraqueal, a qual não apresentou intercorrência, após cirurgia cardíaca para troca de valva aórtica. Caracterizava a disfonia como voz soprosa e aguda a qual se manteve com mesma característica e intensidade desde a extubação. Relatava também queixa de odinofagia e disfagia ambas de intensidade leve associada ao quadro.

Paciente apresentava de comorbidade estenose aórtica grave, a qual levou a cirurgia de troca valvar, e hipertensão. Ao exame apresentava-se com oroscopia apresentando mucosa jugal e gengival normocorradas sem lesões visíveis, pilares amigdalianos sem presença de lesão, amígdalas grau 1, orofaringe com mucos normocorada sem lesões visíveis. A palpação de pescoço não foi percebido linfonodos palpáveis.

Na videolaringoscopia foi evidenciado base de língua, valécula, epiglote e seios piriformes livres, pregas vocais móveis e simétricas com presença de lesão de aspecto granulomatoso sinequiando o processo vocal direito ao esquerdo, levando a fenda glótica e disfonia. A estroboscopia a onda mucosa estava preservada.

Foi indicado e realizado microcirurgia de laringe, com laringoscopia direta e microscopia, para retirada do granuloma e desfazer sinéquia entre os processos vocais com sucesso.

No acompanhamento pós operatório paciente relatou melhora de 90 % do quadro de disfonia apresentando videolaringoscopia dentro dos padrões de normalidade.

Discussão: Os granulomas são lesões benignas, não neoplásicas geralmente arredondadas, de diversas colorações podendo ser unilateral ou bilateral, na maioria das vezes pediculadas, apresentando superfície lisa ou irregular. Eles se desenvolvem mais comumente no terço posterior das pregas vocais, mais especificamente no processo vocal ou na região aritenóidea.

Sua fisiopatologia se baseia em um processo inflamatório para reparação da mucosa local o qual etiologias principais, o abuso vocal (33,3%), o refluxo gastroesofágico (30,3%), a intubação orotraqueal (22,7%) e a origem idiopática (9%).

Sua sintomatologia varia de acordo com a localização e volume do granuloma podendo ser desde assintomático a apresentar múltiplos sintomas, sendo os mais comuns sensação de corpo estranho, disfonia leve, tosse e pigarro. Quando muito volumoso, o granuloma pode inclusive gerar sintomas obstrutivos e grandes alterações da voz.

O diagnóstico é feito através da anamnese detalhada, exame otorrinolaringológico, videolaringoscopia, nasofibrolaringoscopia, videolaringoestroboscopia ou até mesmo pela laringoscopia indireta.

O granuloma pós intubação orotraqueal, foi inicialmente descrito em 1932 e apresenta algumas particularidades. Há fatores de risco específicos para geração desses granulomas tais como intubações prolongadas e traumáticas, a utilização de tubos traqueais de maior diâmetro, as elevadas pressões no interior dos balonetes dos tubos traqueais, principalmente nas anestésias que utilizam óxido nitroso, e a inadequação dos planos de sedação. Esses fatores de risco têm em comum o aumento da probabilidade de lesão laríngea. Epidemiologicamente afeta mais a população feminina visto a anatomia mais estrita da glote possibilitando um maior trauma no local.

Os granulomas de intubação ocorrem, mais comumente, em intubações prolongadas, normalmente aos 15 a 20 dias, entretanto, há casos em pacientes intubados por curto período de tempo, inclusive com raros relatos de aparecimento da lesão em intubação com duração de horas.

O tratamento pode ser realizado de maneira conservadora com realização de observação associada a fonoterapia ou cirúrgica, a qual é indicada principalmente em casos mais extensos e sintomáticos.

Comentários finais: O caso demonstra uma Apresentação atípica de granuloma pós intubação orotraqueal tanto pelo tempo, de 4 dias de IOT, quanto de extensão local da doença, a qual levou a sinéquia entre as pregas vocais, e clínica, com início precoce dos sintomas.

Palavras-chave: laringe; disfonia; granuloma.

DISH ASSOCIADA A COMPRESSÃO DE HIPOFARINGE LEVANDO A DISFAGIA, UM RELATO DE CASO.

Autor principal: VITOR BITTAR PRADO

Coautores: MARIA VICTORIA BASTOS TAVARES, SAMUEL BORGES BASSETTI, MARIO DE GEUS NETO, CAMILA AYUMI GOTO, MARCO TULIO CRUZ BRAGA, KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS, JOSE SPECK FILHO

Instituição: Instituto de Assistencia ao Servidor Publico Estadual

Apresentação do caso: A.S.A, 71 anos, procurou atendimento visto queixa de globus faríngeo há 3 meses associado à disfagia para sólidos e dispneia ao decúbito dorsal e lateral para direita, além de roncos aumentados relatados pela companheira. Relatava ainda perda ponderal de 25 kg em 3 meses e fadiga. Paciente negava dispneia ao repouso e disfonia.

Paciente apresentava de antecedente patológico hipertensão, arritmia, histórico de infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica. Além disso apresentava histórico de tabagismo 60 maços ano, o qual cessou há 30 anos.

No exame físico paciente não apresentava alterações visíveis na inspeção oral e nem na palpação local. Na nasofibrosopia flexível apresentava base de língua, valécula, epiglote e seios piriformes livres com presença de abaulamento sub mucoso em parede posterior da hipofaringe, estase salivar, hiperemia, edema interarritenoideo e fenda glótica a fonação.

Na avaliação ultrassonográfica não foram visualizadas alterações que corroboram com a clínica do paciente. Porém já na avaliação tomográfica do pescoço e tórax foi visto espondiloartrose determinando compressão extrínseca sobre a hipofaringe e espondilose torácica, gerando a hipótese diagnóstica de DISH e foi optado por conduta conservadora com acompanhamento conjunto com a ortopedia.

Discussão: A DISH (Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis) ou Doença de Forrester, foi descrita pela primeira vez em 1950 por Forestier e Rotes-Querol. e é uma doença caracterizada pela calcificação dos ligamentos da coluna vertebral. Acomete por ordem de maior frequência a coluna torácica, lombar e cervical, sendo pior a direita do indivíduo e pode gerar osteófitos em regiões anteriores e laterais dos corpos vertebrais.

Epidemiologicamente afeta preferencialmente idosos, em sua maior parte do sexo masculino, e sua prevalência aumenta conforme o aumento da faixa etária. Estima-se prevalência aproximada de 25% em homens e 15% em mulheres acima de 50 anos, contudo, seu diagnóstico é infrequente visto poucos sinais e sintomas.

Os critérios de definição de doença consistem em calcificação ou ossificação ao longo de ligamentos paravertebrais anterolaterais, de forma contígua ao longo de pelo menos quatro corpos vertebrais, relativa preservação da altura dos discos intervertebrais destas áreas e ausência de sinais de degeneração dos mesmos, e ausência de anquilose apofisária ou erosão/esclerose/fusão sacroilíaca.

A DISH não apresenta etiologia clara sendo provavelmente poligênica e dependente da interação de múltiplas variantes genéticas, epigenética e fatores ambientais. Apresenta, como possíveis fatores de risco, o estresse mecânico excessivo, obesidade, idade avançada, aterosclerose, diabetes mellitus e síndrome metabólica.

Clinicamente, na grande maioria dos casos, é assintomática. Contudo, quando afeta a região cervical, pode-se apresentar com disfagia, globus faríngeo, principalmente a direita, disfonia, estridor e apneia. A disfagia merece destaque, sendo o mais prevalente sintoma, além de apresentar potencial de levar a importante morbimortalidade.

O tratamento é baseado em estratégia conservadora com observação clínica, adequação da dieta, sintomáticos, e fisioterapia. Pacientes com disfagia refratária e comprometimento respiratório podem ser submetidos a tratamento cirúrgico a qual envolve a remoção anterior dos osteófitos.

Comentários finais: Mesmo sendo uma doença epidemiologicamente comum, seu diagnóstico é pouco realizado e pouco lembrado, sendo um importante diagnóstico diferencial para idosos com sintomas disfágicos, globus faríngeo, sensação de corpo estranho na garganta, disfonia e roncopatia.

Palavras-chave: DISH; laringe; disfagia.

MALIGNIDADES PRIMÁRIAS SINCRÔNICAS DE LARINGE E PULMÃO E TUBERCULOSE PULMONAR: RELATO DE CASO

Autor principal: ANA PAULA DE SOUZA LIMA

Coautores: LAURA GONÇALVES MOTA, VITOR COSTA FEDELE, MARCOS ANTONIO COMERIO FILHO, PALOMA DAS DORES COSTA, BRUNA FIGUEIRA BRAGA, RODRIGO BARRETO RODRIGUES CONDÉ, LANA PATRICIA SOUZA MOUTINHO

Instituição: Hospital Naval Marcílio Dias

Apresentação do caso: Paciente sexo feminino, parda, 66 anos, hipertensa, tabagista 80 maços/ano há 1 ano evoluiu com disfonia e perda de peso, procurou o serviço de Otorrinolaringologia onde foi realizado, exame de videolaringoscopia. Evidenciou pregas vocais com mobilidade reduzida e presença de lesão vegetante no terço médio e posterior de prega vocal esquerda. Foram solicitados diversos exames pré-operatórios para realização de microcirurgia de laringe, em tomografia de tórax com contraste foram identificados achados pulmonares compatíveis com: sinais de enfisema difuso, infiltrado alveolar em lobo superior direito, presença de cavernas além de massa com ampla base pleural no segmento pulmonar basal posterior do lobo inferior direito com dimensões de 37 x 30 mm e suvmax de 17,3, com suspeita para malignidade, com necessidade de investigação interdisciplinar com a Pneumologia. Foi constatado por estudo anatomopatológico presença de neoplasias primárias de laringe e pulmão associada a tuberculose pulmonar. O tratamento preconizado inicialmente foi o esquema para tuberculose pulmonar por 6 meses associada a abordagem de 12 sessões de quimioterapia paliativa. A avaliação mensal da laringe concomitante está sendo realizada mensalmente para avaliação de abordagem em segundo momento após finalização do ciclo de quimioterapia para a neoplasia pulmonar. A escolha do tratamento a ser instituído para a paciente deve ser sempre individualizada e a investigação feita de forma minuciosa e adequada antes de assumir outra lesão como metástase pois o diagnóstico preciso implica diretamente na abordagem interdisciplinar adotada e no prognóstico.

Discussão: O presente relato de caso aborda uma paciente com diagnóstico de 2 tumores sincrônicos primários de laringe e pulmão associado a tuberculose pulmonar concomitantes. De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer, o Brasil apresenta alta incidência de tumores malignos da laringe, sendo o segundo mais frequente do trato aerodigestivo superior, sendo responsável por 25% dos tumores malignos da cabeça e pescoço e 2% do total das neoplasias malignas. O carcinoma de células escamosas é a neoplasia mais comum da cavidade bucal sendo responsável por cerca de 95% das neoplasias dessa região e o tipo histológico encontrado na paciente em questão. Além disso, de forma sincrônica ela apresentava um câncer de pulmão que é o tipo mais letal de câncer na população mundial e representa um importante problema de saúde pública. Pacientes com câncer têm risco 20% maior de desenvolver uma nova malignidade primária em comparação com a população geral. O tabagismo como fator de risco para ambas as neoplasias também está presente neste caso, o que pode aumentar a chances para ocorrência de outra neoplasia. Importante ainda lembrar que a presença de uma neoplasia impacta em imunossupressão do paciente, fazendo com que ocorra predisposição a infecções oportunistas como a tuberculose, o que pode impactar no tratamento e sobrevida do doente. O envelhecimento da população permite que o número de idosos aumente e consequentemente a ocorrência de sincronidade de cânceres também.

Comentários finais: A exposição de longa data aos produtos do cigarro e a substâncias comprovadamente cancerígenas podem ter tido um papel crucial no desenvolvimento das neoplasias da paciente em questão. A avaliação holística da paciente foi fundamental para o diagnóstico preciso e planejamento terapêutico. Concluímos, então, que a avaliação pré-operatória e de estadiamento de pacientes com câncer deve ser rigorosamente seguida, bem como a natureza de possíveis lesões secundárias minuciosamente esclarecidas, rotulando as como metástase somente após avaliação detalhada. Caso contrário, perde-se a oportunidade de se diagnosticar malignidades primárias sincrônicas, e oferecer o tratamento adequado. A abordagem interdisciplinar e com foco no plano terapêutico mais adequado devido as comorbidades associadas foi fundamental para a melhora clínica e tolerância do paciente aos cuidados estabelecidos.

Palavras-chave: neoplasias múltiplas; segunda neoplasia primária; neoplasias primárias múltiplas.

TCP633

CORPO ESTRANHO EM LARINGE POR UM ANO APÓS INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL: RELATO DE CASO**Autor principal:** LARISSA VENDRAME DE MARCHI**Coautores:** KELLY SATICO MIZUMOTO, GABRIELA JOSEFA MORAES, GIOVANNA SANTOS PIEDADE, RAFAEL DE ALBUQUERQUE LUCAS, MARIA EDUARDA MARQUES PAZIN, MARCELO HENRIQUE GOMES MUNIZ, NADINE SCARIOT**Instituição:** *Hospital Universitario Evangelico Mackenzie*

Apresentação do caso: O artigo descreve um caso de corpo estranho em laringe de paciente de 56 anos, após intubação orotraqueal. O quadro iniciou há um ano com disfagia e hemoptise, coincidente após internamento de 20 dias em UTI por COVID. Realizada laringoscopia direta com visualização das vias aéreas, sendo identificado corpo estranho (prótese dentária) alojado entre os seios piriformes e a base da língua - retirado sem intercorrências no centro cirúrgico, sob anestesia geral, e com melhora sintomática progressiva.

Discussão: É notável a relação entre a realização de procedimentos em orofaringe e posteriores episódios de corpo estranho em adultos. A exceção, nesse caso, se dá pela não migração do corpo estranho para vias inferiores e o tempo prolongado de permanência do objeto na laringe. O diagnóstico em vias aéreas superiores é mais fácil, e a retirada é mais simples. Deve-se atentar para a história do paciente em casos de realização de procedimentos, mesmo em cenários de emergência, para evitar e prevenir episódios como esse relato.

Comentários finais: A aspiração de um corpo estranho constitui um evento grave e potencialmente fatal, que ocorre principalmente na faixa etária pediátrica. Em adultos é raro e relaciona-se principalmente a procedimentos em orofaringe, episódios de rebaixamento de consciência e em distúrbios neuropsiquiátricos. Na faixa etária adulta é mais comum o corpo estranho se alojar em estruturas laríngeas e muitas vezes as vias aéreas se mantêm pérvias e o exame físico é inocente.

Autor principal: GABRIELY LERNER BIANCHI

Coautores: DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS, CYNTHIA CASTILHO MORENO, CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA, VICTOR RANZULLA DE SOUZA, JULIA SOUTO FARIA NAVARRO

Instituição: UFMT/HUJM

Relato de caso: A.M.S.M, masculino, 4 meses, com sequência de Pierre-Robin, fenda palatina pós-forame completa, micrognatia moderada. Paciente interna em enfermaria pediátrica de nosso serviço para investigação genética, já traqueostomizado devido a intenso esforço respiratório, dispneia, respiração ruidosa e com suspeita diagnóstica de laringomalácia servera pela broncoscopia. Além disso apresentava sonda nasointestinal pela dificuldade de ganho de peso e disfagia orofaríngea moderada a grave. Solicitaram a avaliação da equipe de otorrinolaringologia para auxílio no diagnóstico do quadro do paciente. Assim realizamos videolaringoscopia e evidenciamos: epiglote, base da língua e valéculas com aspecto anatômico preservado. Concomitante pregas vocais de aspecto anatômico e mobilidade preservados além de mobilidade das aritenóides também preservadas. O achado que levou ao diagnóstico de diafragma posterior foi a presença de aritenóides com redundância interaritenóidea evidenciando restrição na abertura interaritenóidea. Optamos por manter acompanhamento clínico sem intervenção cirúrgica. Paciente teve o diagnóstico de trissomia do cromossomo 8, além disso apresentou quadro de pneumonia com bactérias multirresistente piorando clinicamente e evoluindo para óbito.

Discussão: Diafragma laríngeo é a persistência de uma membrana horizontal mais ampla de orifício central posterior entre as pregas vocais. O quadro clínico revela estridor bifásico com dispneia e choro fraco, mas a gravidade depende da extensão da lesão. Quando completos, os diafragmas são chamados de atresia laríngea e podem ser incompatíveis com a vida. As malformações congênitas das vias aéreas são entidades raras. Devem ser considerados como parte do diagnóstico diferencial na avaliação do desconforto respiratório do recém-nascido, exigindo alto índice de suspeição. O estudo dessas malformações é de especial relevância nas primeiras horas de vida, por sua possível repercussão na permeabilidade da via aérea. A clínica depende do grau de obstrução que produz nessas vias, podendo resultar em sintomas como choro, estridor, disфонia e disfunção respiratória. Indivíduos com essa condição frequentemente apresentam outras anomalias concomitantes, como cardiopatias congênitas e anomalias palatinas, que muitas vezes fazem parte de síndromes genéticas conhecidas. O tratamento também dependerá do grau de obstrução das vias aéreas.

Considerações Finais: Conforme relatado na literatura, os pacientes com diafragma laríngeo apresentam achados associados a síndromes genéticas conhecidas, como a trissomia do cromossomo 8 relatada neste caso. O diagnóstico precoce é fundamental para melhor prognóstico do paciente, sendo que o tratamento deve ser indicado de acordo com o grau de obstrução e, consequentemente, dos sintomas apresentados.

Palavras-chave: diafragma posterior; congênito; síndrome.

Autor principal: GABRIEL AUGUSTO PINTO BARBOSA

Coautores: CRISTIAN KAEFER, MARIA NAIR PETRUCCI BARBOSA, LUIZ CEZAR DA SILVEIRA, FELIPPE MAGIOLLI LIMA, ALICE WERNECK SILVA, RAÍSA ARUME DE SOUZA, ANA CRISTINA COSTA MARTINS

Instituição: *Septo PUC-RIO*

Apresentação do caso: Paciente gênero masculino, 64 anos, portador de HTLV com paraparesia espástica desde 1988, bloqueio de ramo direito de 3º grau, extra-sístolia ventricular, doença arterial coronariana, hiperplasia prostática benigna, doença pulmonar obstrutiva crônica grave e gastrite crônica com metaplasia intestinal, passado de tuberculose pulmonar, ex-tabagista (41 maços-ano, término há 2 anos), história de neurite óptica em 2013 e necrose asséptica do fêmur bilateral, operado em 2018. História de nódulo tireoideano em avaliação de malignidade. Procurou atendimento médico otorrinolaringológico por queixa de disфонia súbita há 2 semanas, com voz rouco-soprosa, instabilidade e fraqueza vocal, sem outras queixas. História de COVID-19 há 5 meses atrás. Videolaringoscopia mostrou paralisia de prega vocal esquerda com fenda glótica linear. A tomografia computadorizada de pescoço e tórax evidenciou discreta sequela de tuberculose em ápice pulmonar esquerdo, enfisema difuso, nódulo com aspecto cicatricial e discretas bronquiectasias, além de glândula tireoide com densidade levemente heterogênea. Solicitada eletromiografia de laringe que evidenciou voz bitonal com presença de dano axonal dos nervos laríngeo recorrente e laríngeo superior com denervação em curso do laríngeo superior esquerdo. O paciente mantém tratamento fonoterápico, com leve melhora da qualidade vocal. Recidivou COVID-19 mais duas vezes, porém sem piora do quadro.

Discussão: A paralisia idiopática das pregas vocais é frequentemente atribuída à neuropatia viral, geralmente envolvendo uma infecção do trato respiratório superior, que pode levar à alterações sensoriais e disfunção motora do nervo vago. Os mecanismos propostos são infecção direta e inflamação aguda do nervo, latência do vírus em gânglios neurais até reativação por fatores externos, ou resposta imunomediada onde um anticorpo antiviral causa reação cruzada com a bainha de mielina causando neuropatia desmielinizante. Os sintomas podem envolver disфонia, fadiga vocal, odinofagia, disfagia, dor neuropática, tosse, glóbus faríngeo, pigarro e laringoespasma. O diagnóstico envolve videolaringoestroboscopia, bem como a eletromiografia laríngea, que consegue avaliar a integridade da entrada dos nervos laríngeo superior e recorrente para os músculos intrínsecos da laringe e descartar uma deficiência mecânica como luxação de cartilagem aritenóide, artrite cricoaritenóide ou anquilose. A tomografia computadorizada de pescoço e tórax pode excluir causas compressivas no trajeto do nervo vago. Atualmente não é possível comprovar a causa definitiva viral para os pacientes, tendo diagnóstico etiológico clínico baseado na história e ausência de outras causas. Os herpesvírus estão entre os mais reconhecidos que podem causar neuropatias cranianas, sendo mais comum o acometimento ocular e dos nervos facial e vestibulococlear. Alguns estudos sugerem que a infecção pelo HTLV pode associar-se a imunossupressão e aumentar o risco de outras comorbidades infecciosas. Por esse motivo é importante a pesquisa de outras neuropatias, lesões de pele, herpes labial, dor facial e fraqueza. A paralisia de prega vocal pode ser tratada com fonoterapia e/ou injeção de substâncias na prega vocal paralisada. O tratamento antirrefluxo é uma opção razoável para o tratamento de possíveis fatores irritativos. Medicamentos como gabapentina e amitriptilina podem ser considerados nos casos de nevralgia.

Considerações Finais: A neuropatia vagal pós-viral é uma entidade clínica caracterizada por um complexo de sintomas laríngeos que ocorrem após infecção do trato aerodigestivo superior, sendo essencial a exclusão de outros diagnósticos para tratamento adequado.

Palavras-chave: paralisia; prega vocal; neuropatia pós-viral.

Autor principal: THAIS AGUIAR BRITO

Coautores: WENDELL ALLAN HANZAWA, MARIA LUIZA ROHR ZANON, VICTOR ENGLER TELLINI E SILVA, PEDRO HENRIQUE CARRILHO GARCIA, AMANDA THIEMY MANO SHIMOHIRA, LUMA DE OLIVEIRA MORAIS, MAURICIO PEREIRA MANIGLIA

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Apresentação de caso: Paciente masculino, 39 anos, comparece em Pronto Atendimento do Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP, trazido pelo Suporte de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), devido a colisão automóvel x anteparo fixo, poste, a 30 km/h, há 12 horas. Paciente estava sem cinto de segurança no momento do acidente, colidindo a região cervical anterior em volante do automóvel. Equipe da cirurgia do trauma solicita avaliação otorrinolaringológica em razão do mecanismo do trauma. Durante avaliação paciente referia dor em região anterior do pescoço, principalmente à deglutição, além de disfonia. Durante exame físico, paciente com ausência de lesões visíveis ou palpáveis em região cervical e demais estruturas craniofaciais. Já em exame de nasofibrolaringoscopia flexível paciente apresentava hematoma em aritenóide à esquerda, sem comprometimento do gap aéreo. Tomografia computadorizada (TC) de região cervical realizada na admissão do paciente apresentava fraturas alinhadas ântero-superior, ântero-inferior e ínfero posterior na lâmina esquerda, além de espessamento do músculo tireoaritenóideo e obliteração do recesso piriforme esquerdos. Como paciente se encaixava no grupo 2 da Classificação de Schaefer-Fuhrman (edema, hematoma, ruptura mínima da mucosa sem exposição da cartilagem ou fraturas não deslocadas), optou-se por tratamento conservador com medidas antirrefluxo, antibioticoterapia, corticoterapia, repouso vocal e dieta gelada por 7 dias. Em retorno ambulatorial, paciente com resolução do quadro.

Discussão: O trauma laríngeo constitui um grupo raro de lesões, apresentando uma incidência de 1 para 40.000. Isso se justifica devido à posição anatômica da laringe (protegida pela mandíbula, pelo esterno, pelo músculo esternocleidomastoideo e pela coluna cervical), além da elasticidade fisiológica, que conferem uma proteção intrínseca. Apesar disso, corresponde a segunda maior causa de morte entre os traumas de cabeça e pescoço, atrás apenas do traumatismo crânio-encefálico. Elas devem ser suspeitadas em todos os pacientes de trauma que apresentem sintomas que vão desde disfonia e dor cervical anterior, até dispneia e comprometimento respiratório grave. Ao exame físico devem ser identificados sinais que evidenciem lesão, tais como enfisema subcutâneo, disfonia, disfagia e dor cervical. A abordagem desses pacientes deve começar pela estabilização da via aérea, depois pode-se proceder para o tratamento específico das lesões, de acordo com a classificação de Schaefer-Fuhrman, que inclui os seguintes grupos: 1) hematoma endolaríngeo, sem fratura; 2) hematoma, ruptura mínima da mucosa sem exposição da cartilagem ou fraturas não deslocadas; 3) edema endolaríngeo maciço, lacerações extensas da mucosa, cartilagem exposta, fratura deslocada ou imobilidade das cordas vocais; 4) idêntico ao grupo 3, mas com ruptura anterior da laringe, fraturas instáveis, ≥ 2 linhas de fratura ou lesão grave da mucosa; 5) ruptura laringotraqueal completa. No caso apresentado, paciente apesar de ter uma fratura grau 2 de Schaefer Fuhrman, cuja orientação é Traqueostomia, como paciente estava internado em Pronto Atendimento Cirúrgico e com bom gap aéreo, eupneico e saturando 98% em ar ambiente, optamos pelo tratamento não invasivo e observação clínica de perto, caso paciente apresentasse dessaturação ou desconforto respiratório, procederíamos com a traqueostomia, que acabou não sendo necessária.

Considerações Finais: O trauma laríngeo é pouco frequente, mas tem alta morbidade e mortalidade. É necessário um alto nível de suspeição, enfatizando o reconhecimento dos mecanismos de lesão e sua Apresentação clínica, a fim de fazer um diagnóstico precoce e direcionar o manejo adequado de acordo com a gravidade das lesões. O primeiro elemento a ser avaliado em um paciente com trauma de laringe é a estabilidade da via aérea e, em seguida, focar no manejo específico das lesões, guiado pela clínica do paciente e por tomografia computadorizada.

Palavras-chave: trauma; laringe; Schaefer-Fuhrman.

TCP637 CISTO DE VALÉCULA: RELATO DE CASO

Autor principal: CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA

Coautores: GABRIELY LERNER BIANCHI, DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS, VICTOR RANZULLA DE SOUZA, JULIA SOUTO FARIA NAVARRO, CYNTHIA CASTILHO MORENO, ERICA ZATTAR RIBEIRO

Instituição: Hospital Universitário Júlio Muller

Apresentação do caso: Paciente de 51 anos, gênero feminino, residente de Cuiabá-MT, compareceu ao nosso ambulatório de Otorrinolaringologia com queixa de globus faríngeo há 3 anos, associado à disfagia para alimentos líquidos e sólidos em piora no último semestre. Negava disfonia, refluxo alimentar, perda de peso ou dispneia. Paciente não apresentava alterações à otoscopia, rinoscopia, oroscopia ou palpação cervical. Foi realizada uma vídeolaringoscopia, a qual demonstrou uma lesão de aspecto cístico, rósea e brilhante em valécula. A paciente foi submetida à exérese de cisto de valécula, com disseção de sua parede até borda livre da epiglote. Apresentava aproximadamente 3,0 cm em seu maior diâmetro. O resultado do anatomopatológico definiu a lesão como cisto ductal laríngeo. No seguimento, no 7º dia de pós operatório, paciente apresentava resolução do quadro disfágico.

Discussão: Os cistos de laringe são raros e geralmente seguem um curso benigno. Podem ser acompanhados por obstrução aguda das vias aéreas pela natureza de sua localização. A incidência exata de cistos laríngeos é desconhecida, mas estima-se que seja baixa. Não há predominância de gênero e pode ocorrer em qualquer faixa etária, mas uma prevalência maior na quinta e sexta décadas de vida vem sendo observada. A localização mais frequente de cistos ductais é nas pregas vocais verdadeiras. A segunda localização mais comum é nas proximidades da epiglote, na superfície da língua ou na própria valécula. Se apresentam no início do quadro assintomático e com o crescimento da lesão, podem cursar com sintomatologia diversa: disfagia, disfonia, dor, tosse e globus faríngeo. O diagnóstico definitivo de um cisto valecular pode ser obtido por exame endoscópico de laringe ou hipofaringe, e o tratamento inclui remoção completa do cisto por marsupialização ou excisão com laser de CO2 ou eletrocautério. A aspiração por agulha do cisto é defendida apenas para aliviar com urgência a obstrução das vias aéreas superiores.

Considerações Finais: Os cistos de valécula são inicialmente assintomáticos, mas o crescimento da lesão pode apresentar diferentes sintomas. No caso relatado, a paciente referia disfagia que foi aliviada na primeira semana de pós operatório

Palavras-chave: cisto; valécula; cisto de laringe.

TCP638

RELATO DE CASO: TRATAMENTO DE DISFONIA E DISMOTILIDADE DE PREGA VOCAL APÓS INTUBAÇÃO**Autor principal:** JULIANA ALVES DIAS FERNANDES**Coautores:** FERNANDA FRANCO CARREGOSA, JOYCE RIOS BRAGA VILELA SILVA, PRISCILA NOGUEIRA SOARES, NATHAN FELIPE SURECK, JOSE ANTONIO PINTO**Instituição:** *Núcleo de Otorrinolaringologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Medicina do Sono de São Paulo*

Apresentação do caso: N.F.S, masculino, 35 anos, médico residente de cardiologia com histórico de correção de aneurisma de aorta ascendente com tubo de dracon e valvuloplastia de aorta aos 14 anos e insuficiência de válvula aórtica. Em março de 2022, desenvolveu um pseudoaneurisma de parte distal inferior da anastomose do tubo de dracon corrigido com pericárdio bovino na aorta ascendente e troca de válvula aórtica por prótese metálica. Após esses procedimentos cirúrgicos que ocorreram sem intercorrências, permaneceu 1 dia intubado com agitação e despertar patológico, utilizado midazolam como sedativo. Após extubação, evoluiu com disfagia para pastosos e líquidos além de engasgos e disфония. Não faz uso de medicações contínuas, nega demais comorbidades utiliza CPAP para Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono a uma pressão de 8 atm esporadicamente quando dorme em decúbito dorsal. Paciente procurou atendimento otorrinolaringológico em junho de 2022 apresentando, tempos fonatórios alterados: /z/ 3,4 seg; /s/ 3,13 seg; /a/ 3,33 seg; /i/ 3,28 seg. Realizado nasofibrolaringoscopia visualizando epiglote em ômega, laringe e pregas vocais com dismotilidade de prega vocal esquerda com fenda paramediana ampla e edema de aritenoides 2+/4+ com rotação de aritenóide esquerda. Realizado eletromiografia em 21/07/22 sem normalidades no repouso vocal e durante a fonação nos músculos TA, CT bilateralmente e CAP esquerdo. Retornou ao consultório após 2 meses de tratamento com fonoterapia com melhora da disфония e tempos fonatórios, /z/ 10,18 seg; /s/ 10,16 seg; /a/ 7,55 seg; /i/ 10,44 seg. Realizada nova nasofibrolaringoscopia demonstrando epiglote em ômega, projeção do vestibulo laríngeo e prega vocal esquerda com diminuição parcial da motilidade e fechamento glótico incompleto. Optado por manter tratamento clínico com fonoterapia pelo menos 2 vezes na semana e retorno mensal para acompanhamento.

Discussão: Entre as principais complicações relacionadas a intubação orotraqueal, destacam-se: odinofagia, tosse, disфония, broncoaspiração, disfagia, paresia, paralisia ou fixação das pregas vocais. A disфония é frequentes no período pós operatório (14-50%), esse quadro pode ser temporário, durando em média 3 dias e observado logo após a descanulação. Entretanto, cerca de 10% dos pacientes apresentam disфония permanente, ocasionada pela da limitação da adução das pregas vocais, podendo ser por lesão direta sobre as pregas vocais apresentando ulcerações ou edema pelo efeito de molde ocasionado pela cânula translaríngea e pela alteração da mobilidade da articulação cricoaritenóidea.

A intubação orotraqueal pode proporcionar lesões na cavidade oral, faringe e laringe causando diminuição da sensibilidade local e da motricidade, comprometendo o processo de deglutição, ocasionando as disfagias orofaríngeas.

O trauma direto da cânula ou a pressão do balonete do tubo endotraqueal pode causar paresia ou paralisia das pregas vocais sendo, em sua maioria, unilaterais e temporárias. Ou seja, as pregas vocais retornam ao normal após a regressão das alterações inflamatórias. Os sintomas variam desde estridor e esforço muscular durante a fonação até dispneia e insuficiência respiratória.

Comentários finais: Os sintomas laríngeos relacionados a extubação incluem disфония, sussurro, afonia completa, fadiga vocal, incapacidade de sustentar a fonação ou volume, odinofagia e sensação de globus faríngeo. A maioria desses sintomas fonatórios refletem em variações na intensidade e frequência na vibração das pregas vocais e são transitórios. Exames complementares como eletromiograma (EMG) são realizados para testar o nervo laríngeo inferior na ocorrência de imobilidade pós intubação porém não revelou parcela neurogênica. Ou seja, a presença de um EMG normal não necessariamente permite concluir que há ausência de anormalidade no nervo devido ao fato da inervação da laringe ser complexa

Palavras-chave: dismotilidade de prega vocal; complicações laringeas pós intubação orotraqueal; covid 19.

PARALISIA BILATERAL DE PREGAS VOCAIS PÓS INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL POR COVID-19: RELATO DE CASO

Autor principal: CAROLINA NIMRICHTER VALLE

Coautores: RAFAEL SABA ALBERTINO, OSWALDO OLIVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR, THAÍS RODRIGUES BEZERRA NUNES, GLAYSON SOARES MELO DA COSTA, FERNANDA VITÓRIA MELO FERNANDES MAGELA

Instituição: Hospital das Forças Armadas

Apresentação do caso: Paciente, masculino, 56 anos, previamente hígido, deu entrada no hospital com diagnóstico de Covid-19, apresentando dispneia. No 5º dia de internação, o paciente evolui com piora ventilatória progressiva, sendo intubado com tubo orotraqueal (TOT) número 8,5 conectado em ventilação mecânica. Durante a internação, apresentou extubação acidental, sendo reintubado. Após 9 dias, optou-se por tentativa de extubação, porém o paciente apresentou esforço respiratório excessivo, além de dificuldade em mobilizar secreções, sendo novamente reintubado. Após o 13º dia com tubo orotraqueal, optou-se por realizar traqueostomia e iniciar o desmame da ventilação mecânica.

Com a melhora clínica, o paciente foi transferido de setor e a equipe de otorrinolaringologia foi então chamada para avaliar quadro de disфония importante apresentado após a remoção do TOT. O exame de videonasolaringoscopia revelou estase salivar em seios piriformes, leve broncoaspiração, além de edema de região aritenóidea, interaritenóidea, e edema de pregas vocais bilaterais (PVB), com paralisia em posição paramediana de PVB, apresentando discreta mobilidade à esquerda.

O estudo sorológico mostrou-se negativo para herpes simplex, HIV, Epstein-Barr, Sífilis, toxoplasmose, caxumba, e apenas IGG positivo para citomegalovírus e rubéola. A tomografia crânio-cérvido-torácica não identificou alterações relevantes. Paciente seguiu com corticoterapia oral (prednisolona 40mg/dia com posterior desmame) e fonoterapia diária. Passados dois meses de corticoterapia e três meses de fonoterapia, apresentou melhora significativa da qualidade vocal, e da mobilidade de ambas as pregas vocais, com adução completa, abdução completa de prega vocal esquerda (100%) e melhora moderada da abdução de prega vocal direita (aproximadamente 50% de movimento).

Discussão: Na paralisia de pregas vocais (PPV) a identificação da causa é indispensável e auxilia na escolha do tratamento a ser utilizado. Neste paciente em questão, as principais hipóteses circulam em torno de traumas da intubação orotraqueal (IOT) e a lesão neuronal pós-viral, uma vez que o mesmo desenvolveu a PPV após extubação e durante pneumonia grave por SARS-CoV-2, sem que nenhum outro fator de risco tenha sido identificado.

Dentre os fatores de risco associados ao desenvolvimento de PPV pós-IOT destaca-se a idade acima de 50 anos; diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica; tempo de intubação orotraqueal prolongada (o risco pode aumentar até 30 vezes em intubações maiores que 9 horas); tamanho do tubo endotraqueal (em particular sondas cujo tamanho seja ≥ 8), agitação do paciente (especialmente episódios de extubação-reintubação), mau posicionamento da sonda, umidificação pobre do ar inspirado e a infecção local. No caso do paciente relatado, o mesmo apresentava, pelo menos 4 dos fatores de risco citados, sendo eles: idade maior que 50 anos, tempo prolongado de intubação, tubo endotraqueal maior que 8 e episódios de extubação-reintubação. Porém, a PPV é uma complicação de incidência baixa, ocorrendo em uma em cada 1.500 intervenções de intubação (0,07%). Ademais, a incidência da paralisia unilateral de pregas vocais (PUPV) pós-IOT é muito maior se comparada com a paralisia bilateral de pregas vocais (BPPV), o que torna o caso do nosso paciente incomum, ou fortalece outra causa etiopatogênica para a paralisia.

As infecções, principalmente virais, devem ser consideradas como outro possível mecanismo patogênico. Como os coronavírus são neurotrópicos, não se pode afastar a hipótese de que o SARS-CoV-2 possa induzir lesões neuronais, principalmente em pacientes mais gravemente afetados pelo vírus, como no caso apresentado.

Comentários finais: No caso apresentado, a causa da paralisia se deu por prováveis traumas da intubação orotraqueal e/ou lesão neurológica viral, sendo difícil definir com precisão qual desses mecanismos pode ter atuado. O diagnóstico da paralisia é essencial e sua etiopatogenia deve ser sempre identificada com exaustiva pesquisa para escolha do melhor tratamento e identificação do prognóstico.

Palavras-chave: paralisia; Covid; pregas vocais.

Autor principal: RENATO TRINTA RIOS

Coautores: CLAUDIA ALESSANDRA ECKLEY, BEATRIZ SERRAGLIO NARCISO, BRUNO AZEREDO COUTINHO NASCIMENTO, MARIANA MOTA KERTZMAN, LEONARDO DE MOURA VOLPI, BRUNA SOUZA MAGALHÃES, FILIPE BISSOLI

Instituição: Santa Casa de São Paulo

Introdução: A Papilomatose Respiratória Recorrente (PRR) é uma neoplasia benigna rara das vias aéreas, causada por infecção pelo HPV, podendo afetar tanto adultos quanto crianças 1-4. Na população pediátrica a imaturidade do sistema imunológico associada ao menor calibre das vias aéreas pode levar a maior morbidade, tanto pela magnitude das lesões como pela alta taxa de recidiva, sendo necessárias múltiplas intervenções cirúrgicas com intervalos curtos 2-5. A vacinação em massa tem diminuído a taxa de infecção e a progressão clínica da PRR, principalmente em adultos 1. No entanto, o tratamento continua sendo um desafio, em especial nas crianças menores de 5 anos ou naqueles pacientes que tem mais de um sítio acometido 1-7.

Vários tratamentos adjuvantes tem sido propostos, como o Interferon alfa, o Cidofovir, e mais recentemente o Bevacizumabe (Avastim), que é um anticorpo monoclonal humanizado que inibe a angiogênese, através da inibição da ligação do VEGF (Fator de Crescimento Endotelial Vascular) aos seus receptores 1,3-6. A aplicação intralesional do Bevacizumabe para tratar PRR foi reportada pela primeira vez em 2009 por Zeitels *et al.* em adultos, com redução significativa da recorrência das lesões 2,3. Já na população pediátrica alguns estudos do uso intralesional também sugeriram uma resposta favorável, porém para tal uso deveria haver somente um sítio afetado ou sítios contíguos acessíveis às injeções 4-6. O uso endovenoso desta droga foi proposto originalmente para tratar pacientes com acometimento laríngeo e pulmonar da doença Benedict & Derkay. Um estudo de revisão recente da literatura encontrou 20 pacientes pediátricos com lesões em laringe e/ou pulmões tratados com Bevacizumabe endovenoso, observando controle adequado e até regressão das lesões durante o uso da medicação 7.

Relato de Caso: Menor, 1 ano e 6 meses, nascido de termo de parto normal sem intercorrências, chegou ao serviço com disфонia progressiva há 1 mês. Ao exame físico apresentava choro levemente rouco sem estridor ou outros sinais de desconforto respiratório. À videonasofibrolaringoscopia foram observadas lesões verrucosas de aspecto papilomatoso acometendo o bordo livre da parte membranosa de ambas as pregas vocais, além de múltiplas lesões arredondadas papilomatosas na região retrocricolaríngea. Endoscopia digestiva alta observou tais lesões acometendo as paredes dos dois terços proximais do esôfago. Biopsia das lesões confirmou a suspeita de Papilomatose Respiratória Recorrente. Devido à extensão das lesões esofágicas foi optado por iniciar tratamento com Bevacizumabe endovenoso em 12 aplicações (2 doses de 7,5 mg/kg e 10 de 10 mg/kg), tendo sido feitos até o momento 7 ciclos com intervalos de 4-6 semanas, havendo remissão completa tanto das lesões laríngeas quanto das esofágicas após o segundo ciclo de tratamento e não apresentando recidiva após 1 ano de acompanhamento. O paciente teve completa recuperação da disфонia, voltando a se alimentar normalmente e retomando sua curva de crescimento e desenvolvimento.

Discussão: O tratamento da PRR agressiva e recidivante continua sendo um desafio, apesar da evolução em anos recentes tanto da imunização como forma preventiva e terapêutica, quanto de outras drogas adjuvantes como os imunomoduladores e os inibidores do VEGF, no caso o Bevacizumabe. Os efeitos colaterais desta droga não são desprezíveis, porém nenhum dos pacientes relatados teve sintomas graves associados a estes efeitos. Protocolos de dosagem ideal do Bevacizumabe, tanto para o tratamento inicial quanto para a manutenção a longo prazo, ainda não foram estabelecidos. Os relatos publicados, inclusive o atual, mostram Resultados promissores a curto e médio prazo, mas estudos futuros prospectivos são necessários para estabelecer de forma definitiva a dosagem e eficácia desta droga no tratamento da PRR com mais de um sítio de acometimento ou sítios à distância.

Conclusão: O atual relato de caso é o primeiro a observar Apresentação primária de lesões papilomatosas laríngeas e esofágicas em criança tratada com Bevacizumabe endovenoso apresentando resultado favorável.

Palavras-chave: papilomatose; bevacizumabe.

Autor principal: LEONARDO MOREIRA LEITE LEAL

Coautores: DANILO FRANCISCO DOS SANTOS DE LEMOS, PRISCILLA FALCON LACERDA, LUCIANA SANTOS FRANCA, PABLO PINILLOS MARAMBAIA, LAISE ARAUJO AIRES DOS SANTOS, BRUNO TOURINHO ARGOLO ARAUJO, ISABELA MOREIRA GARZEDIM SANTOS

Instituição: INOOA

Relato De Casos: JSCJ, masculino, 47 anos, procurou a unidade em terceiro de COVID-19 com queixa de odinofagia intensa que o impede de se alimentar, associado a vômitos e diarreia. Procurou emergência hospitalar iniciado antibioticoterapia oral no qual teve melhora inicial. Após cinco dias, procurou pronto atendimento otorrinolaringológico, no qual apresentou nova piora nas últimas 48 horas evoluiu com retorno da odinofagia. Ao exame apresentava apenas leve edema e hiperemia de faringe. Realizou-se uma videonasolaringoscopia (VNLG), onde ficou evidente presença de secreção mucoide em hipofaringe e placas esbranquiçadas em seio piriforme e banda ventriculares, sendo diagnosticado laringite fúngica e instituído o tratamento com fluconazol por via oral. Paciente volta após 7 dias com melhora completa dos sintomas.

PJAO, masculino, 42 anos, vem a unidade em quarto dia de infecção pelo COVID-19, com história de odinofagia intensa associado a febre, rinorreia espessa e gotejamento posterior. Ao exame não apresentava nenhuma alteração, realizou-se uma VNLG, que mostrou traves de secreção purulenta em fossa nasal esquerda e exsudato purulento em laringe, sendo instituído tratamento com antibioticoterapia e corticoide. Retorna após 2 dias referindo melhora parcial dos sintomas, realizado nova VNLG que evidenciou placas esbranquiçado em laringe, sendo introduzido o fluconazol. Se passando 3 dias, vem a uma nova consulta referindo melhora importante nos sintomas. Fez-se uma outra VNLG, mostrando redução importante da infecção, mantendo apenas pequenos pontos esbranquiçados, quando foi prescrito mais uma dose de fluconazol.

OJCR, masculino, 57 anos, vem a unidade trazendo teste de COVID-19 positivo, e com história de que há 6 dias iniciou quadro com tosse, odinofagia e coriza, quando realizou consulta médica sendo prescrito apenas sintomáticos, cursando com melhora dos sintomas nasais, mas tendo piora da odinofagia há 4 dias. Ao exame apresentava mucosa nasal pálida e traves de secreção hialina. Realizou-se uma VNLG, que mostrou presença de edema e hiperemia importante de laringe associado a placas esbranquiçadas em bandas ventriculares, diagnosticando-se de laringite fúngica e instituindo tratamento com fluconazol.

Discussão: A candidíase laríngea é a infecção fúngica mais comum na laringe. Trata-se de uma infecção rara, que ocorre mais frequentemente em paciente pacientes imunocomprometidos e/ou em indivíduos que possuam fatores que alterem a barreira mucosa protetora local como uso de corticoide inalatório, doença do refluxo gastroesofágico, tabagismo e uso de antibióticos.

A Apresentação clínica geralmente inclui queixas como disfonia, disfagia e odinofagia. Frequentemente o diagnóstico é realizado por uma combinação de uma história compatível associado a achados sugestivos no exame endoscópico, que pode evidenciar eritema, edema, hiperqueratose, placas brancas aderentes, ulcerações rasas e formação de pseudomembranas cinzentas ou brancas sobre as cordas vocais.

O diagnóstico definitivo é dado através da demonstração histopatológica de elementos fúngicos nas camadas epiteliais superiores, seja por biópsia de tecido ou cultura.

Atualmente a maioria dos autores consideram como tratamento de primeira linha o uso de fluconazol por via oral, porém casos graves ou refratários devem receber tratamento endovenoso com Anfotericina B.

Considerações Finais: Ainda não se tem estudos relevantes na literatura mostrando uma associação entre infecção por COVID-19 e o desenvolvimento de uma laringite fúngica, mas na prática clínica, observa-se com uma certa frequência essa combinação, assim como demonstrado nesta série de casos. Portanto devemos estar atentos e suspeitar desta coinfeção principalmente naqueles pacientes que cursam com piora da odinofagia mesmo após o uso correto das medicações prescritas no primeiro momento

Palavras-chave: laringite fungica; COVID; candidiase laringea.

Autor principal: LEONARDO MOREIRA LEITE LEAL

Coautores: PABLO PINILLOS MARAMBAIA, MELINA PINILLOS MARAMBAIA, ISABELA MOREIRA GARZEDIM SANTOS, DANILO FRANCISCO DOS SANTOS DE LEMOS, LAISE ARAUJO AIRES DOS SANTOS, BRUNO TOURINHO ARGOLO ARAUJO, PRISCILLA FALCON LACERDA

Instituição: INOOA

Relato Do Caso: ASS, masculino, 39 anos, compareceu para avaliação otorrinolaringológica com queixa de disfonia há 40 dias. Ao exame apresentava-se apenas disfônico e sem nem mais nenhum achado. Foi realizada investigação com videolaringoscopia direta (LD), sendo identificadas lesões exófiticas brancas em supraglote, face laríngea da epiglote e em pregas vocais. Inicialmente, levantou-se suspeita diagnóstica de candidíase laríngea, sendo feito tratamento com fluconazol. O paciente retornou para nova avaliação após 07 dias referindo melhora parcial do quadro, porém, à LD, mantinha as lesões anteriormente descritas. A investigação teve seguimento com a realização hemograma, radiografia de tórax, PPD e introdermoreação de Montenegro. A radiografia de tórax revelou cavitação em ápice de hemitórax direito. Suspeitou-se então de tuberculose pulmonar (TB) com lesão secundária em laringe. O diagnóstico foi confirmado por baciloscopia, sendo iniciada terapêutica antituberculinica. O paciente cursou com melhora progressiva do quadro com remissão dos sintomas e das lesões laríngeas.

Discussão: A tuberculose laríngea (TBL) é uma forma rara de tuberculose, representando menos de 1% dos casos de tuberculose extrapulmonar e frequentemente está associada a uma infecção primária pulmonar pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Acomete principalmente homens, sendo mais comum entre a quinta e a sexta década de vida e tem como principais fatores de risco a imunodeficiência e o uso de tabaco.

O paciente relatado teve como principal queixa a disfonia, tendo concordância com a literatura que traz esse sintoma laríngeo como o mais comum, seguido de tosse, odinofagia e disfagia. Os sintomas sistêmicos são menos frequentes, mas também podem estar presentes febre e perda ponderal.

As lesões ocasionadas pela TBL são mais comuns em pregas vocais, mas podem acometer qualquer estrutura da laringe. Ao exame de LD, a TBL pode se apresentar como lesões de diversos aspectos: hiperemiadas, exófiticas, granulomatosas, erosivas e até ulceradas. Nenhuma delas patognomônica para TBL.

Apesar de ser provavelmente a causa mais comum de doença granulomatosa laríngea, o diagnóstico de TBL necessita de um alto grau de suspeição, pois o aspecto endoscópico das lesões é inespecífico e variado, podendo simular outras doenças laríngeas como neoplasias e granulomatoses.

A radiografia de tórax é um exame complementar importante na investigação de TBL, pois achados sugestivos de TB em pacientes com lesões laríngeas podem sugerir o diagnóstico de TBL. Tal exame que foi de suma importância na investigação do paciente em questão.

A confirmação da TB se dá através dos exames de baciloscopia, TRM-TB ou cultura de escarro, entretanto, a biópsia das lesões laríngeas com análise histopatológica é importante mesmo se o paciente já tiver diagnóstico para tuberculose pulmonar, pois é preciso excluir a presença de neoplasia. Além disto, a coexistência de TB e carcinoma de laringe já foi relatada.

O tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde foi realizado para o paciente em questão, utilizando a associação de rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol por um período de 2 meses e, em seguida, a associação de rifampicina e isoniazida por mais 04 meses. Caso as lesões não regredam completamente com o tratamento por 06 meses, é possível estender o mesmo por até 1 ano, fato que ocorre frequentemente segundo a literatura.

Considerações Finais: Por apresentar manifestações clínicas e características endoscópicas inespecíficas, o diagnóstico da TBL segue como um desafio. É de fundamental importância que, ao nos depararmos com casos suspeitos, sejam solicitados raio x de tórax, exames para confirmação da infecção (baciloscopia, cultura de escarro, TRM-TB, PPD) e biópsia. Após confirmação diagnóstica, o tratamento deve ser definido junto com infectologista assistente e espera-se cura da infecção com remissão total dos sintomas e das lesões laríngeas

Palavras-chave: tuberculose; tuberculose laríngea.

TCP643 TUBERCULOSE LARÍNGEA: UM RELATO DE CASO

Autor principal: CATARINA SOARES BARTASEVICIUS

Coautores: MIGUEL BOSENBECKER BÖHM, MICHEL DA SILVA, ANA CRISTINA KFOURI CAMARGO, ANDRE FREIRE KOBAYASHI

Instituição: Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Apresentação do caso: Paciente E.P.M, sexo masculino, 36 anos, procurou PS de ORL com tosse seca e odinofagia há 4 meses. À nasofibrosopia apresentava edema de epiglote e de pregas ariepiglóticas com mucosa de aspecto granulomatoso. O paciente evadiu do serviço e retornou após 30 dias com piora das queixas, agora associadas à disfagia para todas as consistências, disfonia, tosse produtiva e perda de peso importante. Apresentava lesão de aspecto granulomatoso, recobrando toda supraglote e amputação da epiglote em sua porção lateral à direita. Realizou baciloscopia de escarro positiva para tuberculose e RX de tórax com extensas opacidades recebendo diagnóstico de tuberculose pulmonar miliar e laríngea. Nas próximas 24 horas o paciente apresentou múltiplos episódios de hipoglicemias graves refratárias, insuficiência respiratória e posteriormente instabilidade hemodinâmica tendo ido a óbito.

Discussão: A tuberculose é a doença granulomatosa mais comum da laringe, Classicamente relacionada a lesões tuberculosas pulmonares extensas, e altamente contagiosa. Os sintomas são de uma laringite crônica, sendo o mais comum a disfonia, presente em 100% dos pacientes em muitos estudos (2), Ela envolve principalmente as cordas vocais e a banda ventricular (3).

Odinofagia intensa ocorre nos casos em que existe comprometimento isolado ou simultâneo da faringe ou quando as lesões ocorrem ao nível do áditus da laringe (epiglote, pregas ariepiglóticas e comissura posterior), que são estruturas que participam diretamente no mecanismo de deglutição. (5)

Deve-se realizar o diagnóstico diferencial com outras granulomatoses laríngeas (sífilis, sarcoidose, infecções fúngicas), bem como neoplasias e granulomatose de Wegener. Lembrando sempre da possibilidade de associação com outras doenças, como neoplasia, paracoccidioidomicose e hanseníase(4). O diagnóstico é confirmado com a identificação de inflamação granulomatosa, granuloma caseoso e bacilos ácido-resistentes no exame histopatológico da laringe (1).

A resposta do tratamento antituberculoso é excelente e rápida, sendo que a maioria das lesões desaparece num período de dois meses.(2)

Comentários finais: A tuberculose laríngea permite diversos diagnósticos diferenciais com outras doenças da cavidade oral. O reconhecimento precoce desta patologia permite o início do tratamento medicamentoso com resposta rápida à terapia e diminuição da morbimortalidade.

Palavras-chave: tuberculose laríngea; otorrinolaringologia; odinofagia.

TCP644

NÓDULO EM BAMBU EM LARINGOSCOPIA DE PACIENTE COM LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: RELATO DE CASO**Autor principal:** VICTORIA FRANCO GONCALVES**Coautores:** LUCAS DA SILVA BRAZ, JÚLIA RAMOS DE MELO, JOSE CARLOS RODRIGUES CHAVES JUNIOR, ISABELA GOMES MALDI, HUGO VALTER LISBOA RAMOS, WILDER ALVES, LEANDRO CASTRO VELASCO**Instituição:** *Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo*

Apresentação do caso: Paciente J.S.R, 29 anos, portadora de lúpus eritematoso sistêmico, queixou-se de disfonia progressiva de início há um ano, pior após abuso vocal. Negava dispneia ou disfagia. Negava tabagismo ou etilismo. Submetida então à videolaringoscopia que evidenciou presença de nódulos bilaterais em pregas vocais localizados em seu terço médio, sugestivos de nódulos em bambu.

Discussão: O primeiro relato de acometimento laríngeo em paciente com lúpus eritematoso sistêmico data de 1959 (Scarpelli et al) e desde então cada vez mais casos são descritos. As alterações laríngeas em pacientes portadores de doenças reumáticas são variadas e podem ser classificadas, segundo Tietel et al, em nove categorias: inflamação mucosa, infecção, vasculite, paralisia da prega vocal, artrite cricoaritenóidea, estenose subglótica, tumor inflamatório, nódulos reumatóides e epiglote. Segundo Hosako-Naito et al, os nódulos vocais reumatóides podem ser chamados de nódulos em bambu.

Essa lesão apresenta, na sua histologia, áreas de granulomas lineares com necrose central circundada por macrófagos. Pela videolaringoscopia, os nódulos são semelhantes a um cisto intracordal e podem ser caracterizados como lesões de depósito na lâmina própria, amareladas e transversais.

Comentários finais: Os nódulos em bambu não são exclusivos do lúpus eritematoso sistêmico, sendo também encontrados em outras doenças reumáticas, como esclerodermia e doença mista do tecido conjuntivo. As doenças reumáticas podem acometer o tecido conjuntivo de forma difusa. O paciente com queixas laríngeas deve ser investigado com videolaringoscopia para melhor elucidação diagnóstica.

Palavras-chave: nódulo em bambu; lupus eritematoso sistêmico; disfonia.

TCP645

AVALIAÇÃO DA VOZ E DA AERODINÂMICA DA LARINGE EM PACIENTES ASMÁTICOS

Autor principal: LETÍCIA RAYSA SCHIAVON KINASZ

Coautores: AGRICIO NUBIATO CRESPO

Instituição: UNICAMP

Objetivo: relacionar os parâmetros obtidos no pico de fluxo expiratório (PFE); Resultados de questionários sobre a voz, o tempo máximo fonatório (TMF), achados do exame de laringoscopia indireta e a análise acústica em pacientes asmáticos e não-asmáticos.

Metódos: foram incluídos no estudo pacientes asmáticos de 18-60 anos que realizaram a coleta dos dados acima descritos, no grupo controle foram incluídos pacientes saudáveis com idade semelhante ao grupo de asmáticos.

Resultados: o grupo de pacientes asmáticos é composto por mulheres em sua maioria e obteve os seguintes valores médios: idade de 38 anos, PFE de 188 litros/minuto, TMF de 7,4 segundos, escore de 37,1 no Índice de Desvantagem Vocal (IDV), de 47,1 na Escala de Sintomas Vocais (ESV) e de 21,9 no Questionário de Qualidade de Vida em Voz (QVV), o valor médio do pitch foi de 220Hz, do jitter foi 0,83%, do shimmer foi 5,72%, a razão noise-to-harmonic (NHR) foi 0,08 e a razão harmonic-to-noise (HNR) foi 15,3dB. O grupo de pacientes não asmáticos também é composto por mulheres em sua maioria e obteve os seguintes valores médios: idade de 34 anos, PFE de 360 litros/minuto, TMF de 16,8 segundos, escore de 7,2 no IDV, de 12,1 no ESV e de 12,1 no QVV, o valor médio do pitch foi de 223Hz, do jitter foi 0,30%, do shimmer foi 3,75%, o NHR foi 0,02 e o HNR foi 20,05dB. Houve diferença significativa em todas as variáveis comparando os dois grupos. A correlação entre PFE e o TMF não foi significativa nos pacientes asmáticos, mas aquelas entre o PFE e os questionários foi, assim como a do TMF com os questionários. Dentro dos parâmetros da análise acústica, apenas a comparação do pitch não foi significativa entre os grupos.

Discussão: não existe na literatura outro estudo que correlacione as variveis analisadas nesse estudo, encontramos uma maior prevalência do sexo feminino e uma menor valor de PFE e TMF, dados semelhantes aos encontrados na literatura. Os escores obtidos nos questionários sobre voz foram maiores nos pacientes asmáticos, não existe estudos que utilizaram três questionários diferentes de avaliação. Com relação a analise acústica, apenas a comparação do valor do pitch não foi significativa, Resultados semelhantes foram encontrados em estudos internacionais.

Conclusão: portanto, o uso de exames não invasivos como o pico de fluxo expiratório, o TMF, questionários sobre voz e a análise acústica da voz podem auxiliar na avaliação e seguimento de pacientes asmáticos.

Palavras-chave: asma; voz; pico de fluxo expiratório.

TCP646

TIREOPLASTIA SUPRAGLÓTICA BILATERAL: UMA ALTERNATIVA À AUSÊNCIA DE FONTE SONORA GLÓTICA**Autor principal:** THOMAS PETER MAAHS**Coautores:** GERSON SCHULZ MAAHS, LUCIANE MAZZINI STEFFEN, JULIA TONNETTO PORTO, MARINA FARIA FIGUEIREDO, BERNARDO DO PRADO RIBEIRO, MARTINA VITÓRIA FLACH DIETRICH, NEDIO STEFFEN**Instituição:** Hospital São Lucas da PUCRS

Objetivos: Propôs-se o desenvolvimento de uma fonte sonora supraglótica para contribuir na emissão vocal adequada e na melhora da fadiga vocal, em casos refratários às atuais propostas terapêuticas para a ausência de fonte sonora glótica após cordectomias totais e extendidas, por meio da realização de tireoplastia supraglótica bilateral.

Métodos: Paciente masculino, 52 anos, realizou cordectomia total em prega vocal esquerda por diagnóstico de carcinoma espinocelular, em outra instituição. Complementou seu tratamento oncológico com radioterapia em dose máxima. Evoluiu com perda da qualidade e fadiga vocal. Tentativa de tratamento fonocirúrgico com retalho de músculo esternohióideo, injeções laríngeas de ácido hialurônico e PMMA, lipoenxertia, todas sem sucesso a longo prazo.

Opta-se por uma nova proposta por meio de tireoplastia supraglótica bilateral. O procedimento é realizado de maneira semelhante à tireoplastia tipo I de Isshiki, porém nas pregas vestibulares. Para isso, é confeccionada a janela de inserção do implante para medialização 3 a 4 mm acima do que seria a linha superior da janela convencional da tireoplastia tipo I, com auxílio de uma agulha de insulina inserida na cartilagem e visualização direta sob fibronasolaringoscopia para precisa identificação do local de colocação do implante.

Resultados: O paciente evoluiu com melhora expressiva da qualidade vocal, apresentando voz menos rouca, menos ofegante, mais suave e forte, e com melhora em harmônicos. Apresentou excelente tempo médio de fonação, com tempo máximo de aproximadamente 08 segundos. Relatou poder voltar às suas atividades profissionais com mais confiança e autoridade, além de conseguir desenvolver melhor suas atividades sociais, com conversas mais fluidas e duradouras. Apresenta-se em *follow-up* de cinco anos, sem alterações tanto na qualidade quanto na fadiga vocal, em relação ao período pós-operatório inicial.

Discussão: O carcinoma espinocelular é a neoplasia mais comum da região da cabeça e pescoço, com principais fatores de risco sendo o tabagismo e alcoolismo. Na laringe, o carcinoma se desenvolve diretamente nas pregas vocais (75%); na região supraglótica (20%); e na região subglótica (5%). Os carcinomas localizados na glote possuem poucos vasos linfáticos, o que contribui para baixas taxas de metástases loco-regionais, aumentando seu prognóstico quando diagnosticados em estágio inicial.

A Sociedade Europeia de Laringologia (ELS) classificou as cordectomias em 5 tipos, de acordo com a extensão da ressecção: Tipo I (subepitelial), II (subligamentar), III (transmuscular), IV (total) e V (total extendida).

São alternativas fonocirúrgicas para a solução da ausência de fonte sonora glótica: Tireoplastia do tipo I com uso de implantes (GORE-Tex, Montgomery, silicone, entre outros), laringoplastia de porção anterior da glote de acordo com Zeitels, técnica de Lichtenberg modificada por Remacle et al, injeções laríngeas e, também, tratamento combinado entre as técnicas. Porém, nenhuma das técnicas até então propõe tratamento cirúrgico definitivo para o arcabouço supraglótico.

Conclusão: Técnicas fonocirúrgicas são importantes tratamentos para melhora da qualidade vocal após cordectomias, com consequente melhora na qualidade de vida dos pacientes. A tireoplastia supraglótica bilateral é uma alternativa inovadora nesse quesito, proporcionando um complemento ou mesmo uma solução para casos refratários a tratamentos convencionais para ausência de fonte sonora glótica. São necessários, no entanto, mais estudos com maior aplicabilidade da técnica para avaliação de desfechos com resultado favorável estatisticamente significativo para melhora na qualidade e fadiga vocal desses pacientes.

Palavras-chave: tireoplastia; tireoplastia supraglótica; cordectomia.

Autor principal: DAMÁCIO SOARES PAIVA

Coautores: FRANCISCO DAS CHAGAS CABRAL JÚNIOR, MARINA MENDONÇA DE MIRANDA, HENRIQUE DE PAULA BEDAQUE, LUCAS MARINHO VASCONCELOS, KELVIN LEITE MOURA, PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA

Instituição: Hospital Universitário Onofre Lopes - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Apresentação do caso: Feminino, 9 meses, admitida por atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), desnutrição e disfagia para líquidos com refluxo oral e nasal. Ao longo dos meses, evoluiu com piora da disfagia e sialorreia, com constante necessidade de aspiração de vias aéreas e boca. Constava ainda um passado de reanimação neonatal em sala de parto e internação em UTI por hipóxia grave e complicações secundárias. Família com importante vulnerabilidade social.

Inicialmente foram investigadas sequelas presumivelmente secundárias ao quadro neurológico e, com isso, foi evidenciada hidrocefalia, porém, sem repercussões de hipertensão intracraniana. Teve seguimento pela neuropediatria e neurocirurgia que orientaram o acompanhamento com medidas semanais de perímetro cefálico, sem indicação de derivação ventrículo-peritoneal.

Para avaliação de queixa de disfagia a Otorrinolaringologia realizou nasofibroscopia flexível com videoendoscopia da deglutição em que se evidenciou cavidade nasal bilateralmente pérvia, septo centrado, mucosa normocorada. Ademais, se observou lesão em região supra-glótica posterior em contato com o esôfago, de aspecto vascular e violáceo. Apresentava ainda insuficiência velofaríngea leve. Reflexo de tosse preservado, não sendo notada penetração ou aspiração laríngea.

O achado levantou a hipótese de hemangioma supra-glótico e, para isso, foi iniciado tratamento com propranolol 2mg/kg/dia, além de mudança de oferta dos alimentos, passando a alimentos líquidos-pastosos, em menor quantidade e de forma espaçada em relação ao tempo. Foi Sugerido ainda angiorressonância de região cervical com fase venosa e arterial, ainda não realizado.

Ao decorrer de cerca de 2 semanas de tratamento, evoluiu com boa progressão e aceitação da dieta, melhora do status nutricional, dos marcos do DNPM e, por fim, ganho de peso em torno de 1,5Kg ao longo dos 45 dias de internação. Mantendo acompanhamento ambulatorial.

Discussão: Hemangiomas são os tumores vasculares mais comuns, benignos e mais prevalentes no sexo feminino (2: 1). A região de cabeça e pescoço é a mais acometida correspondendo a cerca de 60% dos casos. Apesar de raro na laringe, quando ocorre em crianças é mais comum na região subglótica, ocasionando estridor e dispneia. No adulto, a supraglote é mais acometida, sendo pouco sintomático (disfonia ou disfagia leve), sendo um achado endoscópico.

O tumor pode ser classificado em tipos capilares, cavernosos ou mistos. Os capilares são os mais comuns, superficiais e de paredes endoteliais finas. Já os cavernosos são maiores e menos delimitados. Mais comumente, as lesões se manifestam algumas semanas após o nascimento, proliferam e aumentam durante o primeiro ano de vida e, habitualmente, cursam com involução espontânea nos anos seguintes.

A angiorressonância é um dos principais exames de imagem, uma vez que fornece informações sobre o fluxo, extensão e profundidade das lesões. Outra possibilidade é a angiografia que tem caracter diagnóstico bem como terapêutico às vistas da embolização, contudo, envolve maior risco de complicações. E, como já relatado, há possibilidade do diagnóstico pelo exame endoscópico avaliando-se as características clássicas da lesão.

Nesse caso, a vídeoendoscopia da deglutição evidenciou que o tamanho e, principalmente, a localização da lesão dificultava, de forma mecânica, a passagem dos alimentos para o tubo esofágico independente da textura dos alimentos, resultando no acúmulo supra-glótico e posterior refluxo de alimentos e saliva.

Caso houvesse falha no tratamento clínico, a possibilidade seguinte seria a embolização da lesão e, por fim, via alternativa de alimentação, pois, ainda que os hemangiomas regredam espontaneamente, o status nutricional da paciente naquele momento poderia denotar maior urgência em resolução.

Comentários finais: O hemangioma laríngeo é raro, sobretudo em se tratando de localização supra-glótica em crianças. Porém, deve ser lembrado como uma causa de disfagia, uma vez que pode significar importante grau de desnutrição com consequente atraso no DNPM na faixa pediátrica.

Palavras-chave: hemangioma; supra-glote; disfagia.

TCP648 HISTOPLASMOSE EXCLUSIVA DE MUCOSA ORAL E LARÍNGEA EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO: RELATO DE CASO.

Autor principal: MARIAH GIMENIS

Coautores: ALOMA JACOBI DALLA LANA, AMANDA TITZE HESSEL, EDUARDO BIAGINI PORTO, ÉLISSON KRUG OLIVEIRA, ISABELLA BATISTA PLOTZKI, REINALDO FERNANDO CÓSER NETO, RODRIGO AGNE RITZEL

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria

Apresentação do caso: Paciente masculino, 64 anos, portador de espondilite anquilosante em tratamento com Adalimumabe a cerca de 10 anos, morador de zona rural do Rio grande do Sul. Procurou ajuda médica por queixa de disfagia progressiva para sólidos e líquidos, engasgos frequentes, e odinofagia em queimação, com evolução de 2 meses. Percebeu na mesma época o surgimento de lesões hiperemiadas e indolores em orofaringe. Apresentou também perda ponderal de 7Kg no período de um ano. Foi solicitada endoscopia digestiva alta (EDA) que demonstrou lesão vegetante em úvula e epiglote e realizada biópsia incisional, com realização de análise histológica mostrando processo inflamatório crônico com células gigantes multinucleadas e microestruturas nodulares características de histoplasmose. Os demais exames estavam normais, com sorologias negativas e raio x de tórax sem alterações. Foi encaminhado ao nosso serviço 4 meses após o início do quadro. Ao exame físico, à oroscopia apresentava úvula edemaciada e com lesões hiperemiadas e friáveis, assim como o palato mole. À nasofibrolaringoscopia apresentava edema difuso importante na mucosa da supraglote, com lesões semelhantes às demais apenas em epiglote. Glote sem lesões, com pregas vocais livres, simétricas e sem anormalidades. Foi encaminhado ao serviço de infectologia para confirmação diagnóstica e tratamento, sendo iniciado Itraconazol 200mg 2 vezes ao dia. Até o momento da realização deste trabalho, o paciente apresenta-se bem, mantém os sintomas após duas semanas de tratamento e aguarda investigação de acometimento em outros sítios através de TC de abdome.

Discussão: Histoplasmose é uma doença causada pelo fungo *Histoplasma capsulatum*, encontrado em excrementos de aves e morcegos. A infecção se dá pela inalação dos esporos, em geral manifestando-se primeiramente no pulmão. Em alguns casos, pacientes com déficit imunológico e extremos de idade podem apresentar a doença disseminada, quando afeta de forma generalizada o sistema retículo endotelial podendo assim acometer mucosa oral e laringe. Lesões em orofaringe como primeiro ou único sítio de manifestação da doença são incomuns. O diagnóstico é feito pela correlação clínica, histologia, cultura do fungo ou teste de antígeno. Como o principal sítio de acometimento é o pulmão, imagens de tórax são importantes para a investigação, podendo apresentar adenopatia hilar, nódulos pulmonares ou lesões cavitárias. A infecção disseminada deve ser investigada em casos que apresentem fatores de risco associados à Apresentação clínica. O tratamento para casos moderados a graves devem ser feitos com Anfotericina B por uma ou duas semanas, após, itraconazol de três a seis meses. Casos leves a moderados com sintomas há menos de um mês costumam não precisar de tratamento, quando por mais tempo, usa-se Itraconazol por seis a 12 semanas. Na infecção disseminada, o tratamento deve estender-se por pelo menos um ano.

Comentários finais: A Histoplasmose em geral tem manifestação pulmonar; lesões em outros sítios, como em mucosa oral e laringe, normalmente estão associadas a casos de doença disseminada, que acomete principalmente pacientes imunodeprimidos, sendo muito raro em paciente imunocompetentes. Nesse caso, o paciente apresenta uma doença crônica que tem como tratamento uso de imunossupressor, um fator de risco para o desenvolvimento da doença. Na ausência de manifestações clínicas sugestivas de histoplasmose pulmonar, a realização da biópsia das lesões com análise histológica foi importante para o diagnóstico da doença.

Palavras-chave: histoplasmose mucosa oral; histoplasmose laríngea.

TCP649 ESTUDO DE SINAIS E SINTOMAS SUGESTIVOS DE REFLUXO LARINGOFARÍNGEO EM ESTUDANTES NO AMAZONAS

Autor principal: ALVARO SIQUEIRA DA SILVA

Coautores: KAMILA RIBEIRO ARAUJO, CAIO EDDIE DE MELO ALVES, EMILY BARBOSA DO NASCIMENTO, RAÍSSA COSTA SAID, YANE MELO DA SILVA SANTANA, ÁLEX WILKER ALVES SOARES, AUGUSTO CESAR PINTO DE ARRUDA GUIMARÃES

Instituição: Universidade do Estado do Amazonas (UEA)

Objetivos: Avaliar sinais e sintomas sugestivos de Refluxo Laringofaríngeo (RLF) em acadêmicos da área da saúde no Estado do Amazonas.

Métodos: Tratou-se de um estudo observacional, do tipo transversal, inserido na área de Otorrinolaringologia, com a finalidade de avaliar os sinais e sintomas sugestivos de RLF em estudantes da área da saúde no Estado do Amazonas, sendo 32 alunos do curso de Enfermagem, 46 alunos do curso de Medicina e 30 alunos do curso de Odontologia.

Resultados: Os 108 estudantes avaliados tinham idade de 18 a 50 anos. A amostra foi composta por 67% de pacientes do sexo feminino e 33% do sexo masculino, sendo que 40,6% cursavam o 4º semestre. Dentre os hábitos alimentares avaliados, o consumo de café foi o mais comum entre os entrevistados, presente na rotina de 77,4% dos estudantes, seguido de consumo de pães e quitandas (75,2%). O consumo de refrigerantes (38,1%), energéticos (13,3%), pizza e sanduíche (48,6%), bolachas recheadas (41%) e congelados industrializados (42,9%) duas vezes ou mais na semana também se fazia habitual. Desde o início do curso, 50,9% dos estudantes relatavam aumento de peso. Em relação aos sinais e sintomas, o pigarro foi o mais comum presente em 52,9%, graduado como um problema relativamente acentuado. Em seguida, tem-se a secreção nasofaríngea, relatada por 47,6% dos entrevistados. Foi observado que 45,7% dos entrevistados apresentavam azia ou dor no peito. Tosse seca pós-prandial (28,8%), episódios de engasgo (29,8%) e globus faríngeo (29,8%) também foram sintomas prevalentes na população estudada.

Discussão: Dentro do estudo, os principais sintomas foram o pigarro, secreção excessiva na garganta ou no nariz, tosse pós-prandial ou em decúbito, episódios de engasgos e globus faríngeo, ao qual estão presentes no Índice de Sintomas de Refluxo apresentado por Silva et al (2020).

Conclusão: Os hábitos alimentares dos estudantes da área da saúde da Universidade do Estado do Amazonas são favoráveis para o desenvolvimento de RLF, levando em consideração o consumo frequente de frituras, café e refrigerantes. Medidas de educação em saúde podem ser tomadas com a finalidade de prevenção do RLF, assim como de outras doenças relacionadas a dieta da população estudada.

Palavras-chave: laringite posterior; refluxo laringofaríngeo; Amazonas.

EXTRUSÃO DE PRÓTESE NO PÓS-OPERATÓRIO DE TIREOPLASTIA TIPO 1: RELATO DE CASO

Autor principal: FELIPE DA SILVA BRAZ

Coautores: WILDER ALVES, JHOLBERT CARDOSO SANTANA, TAYNARA LUÍSA DE MELLO HELIODORO, NATHÁLYA RODRIGUES QUEIROZ, RHAEL SOUSA RODRIGUES, RICARDO ARAUJO MEIRA ALMEIDA, MATEUS CAPUZZO GONÇALVES

Instituição: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG)

Apresentação do caso: M.A.M.S, 54 anos, sexo feminino, apresentou-se em consulta ambulatorial no serviço de otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás queixando de baixa qualidade vocal, com história prévia de cirurgia de cardiomiectomia de Heller devido megaesôfago. Realizada videolaringoscopia que evidenciou paralisia de prega vocal esquerda em abdução.

Após análise da equipe e em acordo com o desejo da paciente foi indicada cirurgia eletiva de tireoplastia tipo 1 com colocação de prótese de fita cardíaca inabsorvível. Realizada abordagem em centro cirúrgico sob sedação, com sucesso e sem intercorrências. Permaneceu em seguimento adequado, se mantendo estável e com melhora significativa na qualidade vocal no pós-operatório.

Porém, após 4 meses da realização da tireoplastia, durante seguimento ambulatorial percebeu-se na realização de videolaringoscopia que a paciente evoluiu com reação inflamatória, granuloma anterior em prega vocal esquerda e princípio de extrusão da prótese. Foi então programada de forma eletiva nova abordagem para exérese da prótese em extrusão. Essa nova abordagem foi realizada em centro cirúrgico, sob anestesia geral e por via endoscópica, com sucesso e sem intercorrências.

Paciente mantém em seguimento regular com a equipe da otorrinolaringologia, em 3º mês de pós operatório da reabordagem cirúrgica. Videolaringoscopia evidenciando paralisia mediana de prega vocal esquerda e ausência de lesões. Mantém atualmente boa qualidade vocal, evolução satisfatória e sem queixas.

Discussão: Segundo as descrições de Isshiki em 1974, do ponto de vista funcional as tireoplastias podem ser classificadas em 4 tipos. A tireoplastia tipo 1 tem o objetivo de realizar a medialização da prega vocal, sendo que no caso apresentado buscava-se realizar a medialização da prega vocal esquerda paralisada em abdução. Dentre os Objetivos dessa medialização incluem-se a restauração da boa qualidade vocal, melhora da função respiratória e proteção da via aérea.

Dentre os diversos materiais utilizados como prótese nesse tipo de abordagem tem-se principalmente o uso de placas de titânio e o uso de fitas cardíacas inabsorvíveis. No caso apresentado, devido a disponibilidade de materiais optou-se pelo uso de prótese de fita cardíaca.

As complicações consideradas maiores desse tipo de abordagem incluem a hemorragia da ferida cirúrgica, obstrução aérea e extrusão da prótese. A extrusão da prótese de fita cardíaca está descrita na literatura em 1% dos pacientes submetidos a tal abordagem e com período de extrusão variando de 1 mês até 10 anos de pós-operatório, com média de extrusão após 49 meses.

Comentários finais: Apresentamos raro caso de extrusão de fita cardíaca utilizada como prótese em tireoplastia tipo 1 após 4 meses de sua colocação e que foi retirada em centro cirúrgico por via endoscópica com sucesso. Esse caso ilustra o desafio terapêutico e possíveis complicações dos pacientes submetidos à tireoplastia tipo 1 utilizando o referido material de prótese.

Palavras-chave: tireoplastia tipo 1; prótese; extrusão.

Autor principal: VLADEMIR LOURENÇO FALCÃO JUNIOR

Coautores: BRUNO LEÃO DOS SANTOS BARROS, RICARDO MARQUES COURA ARAGÃO, LUCAS MARINHO SIQUEIRA CAMPOS, ALINE NATALLIA SIMÕES DE ALMEIDA, ADRIANA DE OLIVEIRA CAMARGO, SILVIO RICARDO COUTO DE MOURA, SILVIO JOSE DE VASCONCELOS

Instituição: Hospital das Clínicas da UFPE

Apresentação do caso: Paciente S.R.M., 47 anos, feminino, previamente hígida, chega ao ambulatório da Otorrinolaringologia com queixa principal de voz anasalada, disartria, e disfagia associada a perda de peso com duração de um ano. Os sintomas surgiram de forma súbita em vigência de quadro viral agudo leve, caracterizado inicialmente por cefaleia, anosmia, ageusia e congestão nasal. A identificação do vírus SARS-CoV-2 por reação em cadeia da polimerase (RT-PCR) foi positiva em amostra obtida por *swab* nasal e de orofaringe na ocasião do início dos sintomas. Não houve história de trauma, intubação orotraqueal, ventilação não invasiva ou outros distúrbios neurológicos associados. Avaliação fonoaudiológica revelou qualidade vocal hipernasal, escape nasal de ar durante a fala nos fonemas orais, ausência de mobilidade e redução da sensibilidade de véu palatino e do reflexo de vômito. Na avaliação da mastigação e deglutição, paciente apresentou mastigação adequada, porém regurgitação nasal e sinais clínicos de broncoaspiração. Nasofibroscopia e videoendoscopia da deglutição corroboraram a redução da mobilidade do véu palatino, e evidenciaram estase salivar importante, resíduos alimentares em grande quantidade, penetração baixa e *clearance* ineficiente, com necessidade de deglutições múltiplas e manobras posturais compensatórias. Dados a Apresentação clínica e o risco potencial de desnutrição e broncoaspiração, foi optado por via alimentar alternativa e foram iniciadas fonoterapia e fotobiomodulação a laser para reabilitação da deglutição e da voz. Paciente apresentou melhora parcial da mobilidade do véu palatino com redução de nasalidade e da estase salivar na orofaringe.

Discussão: A disfunção velofaríngea é um termo que genericamente representa uma falha no fechamento velofaríngeo. Para um adequado funcionamento velofaríngeo é necessária uma operação de esfíncter valvular, no qual um complexo muscular articula-se para exercer ações motoras. A falha nesse mecanismo origina um espaço, resultante da falta de coaptação, que permite a entrada de alimentos na cavidade nasal, altera o processo de deglutição, além de propiciar alterações na qualidade da fala e na produção de sons, podendo dar origem a voz ressonante nasal, emissão de ar nasal e incapacidade de produzir sons que requerem pressão oral. Se grave, a insuficiência velofaríngea resulta na regurgitação de conteúdo sólido e líquido através do nariz. Diversas são as etiologias que ocasionam alterações no fechamento velofaríngeo, podendo ser estratificadas em causas orgânicas, anatômicas, funcionais e, frequentemente, à associação desses fatores. A associação de COVID-19 e disfunção velofaríngea ainda não foi descrita na literatura, mas já foram relatados quadros semelhantes após outras infecções de etiologia viral. O tratamento da disfunção velofaríngea depende de sua etiologia e exige acompanhamento multidisciplinar. Fonoterapia e até mesmo correção cirúrgica são opções. A fotobiomodulação com laser tem o potencial descrito de reduzir a fadiga e o tempo de recuperação muscular em outras patologias de cabeça e pescoço, e foi aplicado no paciente relatado.

Considerações Finais: A insuficiência velofaríngea é o fechamento inadequado do esfíncter velofaríngeo, gerando repercussões na deglutição, na fala, na sucção, no reflexo de vômito, entre outras. Sua etiologia é variada e inclui quadros pós-virais. Equipe multiprofissional tem um papel imprescindível ao participar do diagnóstico, acompanhamento e avaliação da disfunção velofaríngea.

Palavras-chave: Insuficiência velofaríngea; COVID-19; terapia a laser.

TIREOPLASTIA TIPO 3 UTILIZANDO TÉCNICA DE PLASTIA DE CARTILAGEM TIREÓIDEA: RELATO DE CASO

Autor principal: FELIPE DA SILVA BRAZ

Coautores: WILDER ALVES, JHOLBERT CARDOSO SANTANA, TAYNARA LUÍSA DE MELLO HELIODORO, NATHÁLYA RODRIGUES QUEIROZ, RHAEL SOUSA RODRIGUES, RICARDO ARAUJO MEIRA ALMEIDA, SARAH VIDAL DA SILVA

Instituição: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG)

Apresentação do caso: P.H.S, 21 anos, sexo masculino, apresentou-se em consulta ambulatorial no serviço de otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás com queixa de voz aguda para o gênero e feminizada, cursando com prejuízo pessoal e social ao paciente. Videolaringoscopia evidenciou epiglote em ferradura e longa, com pregas vocais móveis e sem lesões.

Após análise da equipe e em acordo com o desejo do paciente foi indicada cirurgia eletiva de tireoplastia tipo 3. Realizada avaliação pré-operatória com tomografia computadorizada de pescoço com reconstrução de laringe e espectrografia da voz. A espectrografia da voz mostrou uma frequência fundamental média de 188 Hz.

A cirurgia foi realizada sob anestesia geral e com acesso aberto. Realizada uma cervicotomia anterior com incisão horizontal de 5cm no ponto médio da altura da cartilagem tireóidea, seguida por dissecação por planos até a exposição da cartilagem tireóide. Realizada retirada de fatia de 3mm verticalmente de ambas as lâminas da cartilagem tireóide a uma distância de 5mm da linha média com preservação do pericôndrio interno. Feita reaproximação e estabilização das bordas da cartilagem utilizando fio algodão 2.0 em cada uma das lâminas da cartilagem tireóide. Por fim, foi realizada sutura por planos.

Paciente evoluiu bem no pós-operatório imediato. Permanece em seguimento regular com a equipe da otorrinolaringologia e de fonoaudiologia, em 6º mês de pós operatório, tendo sido realizada nova espectrometria da voz mostrando frequência fundamental média de 140 Hz e mantendo boa qualidade vocal.

Discussão: Segundo as descrições de Isshiki, do ponto de vista funcional as tireoplastias podem ser classificadas em 4 tipos. A tireoplastia tipo 3 foi descrita por Isshiki em 1974 e consiste no encurtamento ântero-posterior das pregas vocais através da remoção do segmento anterior da cartilagem tireóidea. A partir dessa técnica original, outras técnicas com variações se desenvolveram e são descritas atualmente na literatura.

A cirurgia de tireoplastia tipo 3 tem o objetivo de realizar a redução da tensão das pregas vocais, reduzindo assim a frequência fundamental média da voz sem causar alterações significativas em outros parâmetros acústicos. Essa é uma cirurgia que está, entre outras situações, indicada para vozes masculinas agudas e feminizadas, ou seja, com alta frequência fundamental média para o gênero.

A análise anatômica pré-operatória feita através tanto da tomografia computadorizada de pescoço com reconstrução de laringe, quanto da videolaringoscopia são peças fundamentais para o adequado planejamento cirúrgico. A espectrografia da voz é um exame não invasivo que registra o sinal sonoro e permite avaliar objetivamente a qualidade vocal, sendo peça-chave na avaliação pré e pós-operatória de pacientes submetidos às cirurgias de tireoplastia tipo 3.

Comentários finais: Apresentamos caso de paciente com prejuízo pessoal e social devido a voz inadequada para o gênero, que foi submetido a cirurgia de tireoplastia tipo 3 utilizando técnica de plastia de cartilagem tireóidea e que apresentou resultado satisfatório no pós-operatório. Este caso está sendo relatado, a fim de acrescentar à literatura disponível mais informações acerca deste assunto.

Palavras-chave: tireoplastia tipo 3; cartilagem tireóidea.

TCP653

IMPACTO DA TIREOPLASTIA TIPO1 NA DISFAGIA DE PACIENTE COM IMOBILIDADE DE PREGA VOCAL UNILATERAL**Autor principal:** BEATRIZ SERRAGLIO NARCISO**Coautores:** DANIELA COSTA MALHEIROS, RENATA SANTOS BITTENCOURT SILVA, ANDRE DE CAMPOS DUPRAT, ISABELA HOHLENWERGER SCHETTINI**Instituição:** Santa Casa de São Paulo

Apresentação do caso: Paciente com antecedente de petrosectomia subtotal à esquerda para remoção de paraganglioma jugulotimpânico à esquerda em setembro de 2021. Sem outras comorbidades. Permaneceu internada durante 29 dias na ocasião, sendo submetida a TQT e passagem de SNE.

No quarto mês de pós operatório, foi encaminhada ao ambulatório de disfagia devido a queixa de engasgos frequentes com todas as consistências associados a engasgos com a própria saliva, disfonia progressiva e perda ponderal desde a decanulação, em janeiro/2022.

Foi realizada a videoendoscopia da deglutição, que evidenciou imobilidade de prega vocal esquerda em abdução, estase salivar severa em seios piriformes, aspiração e penetração de 5ml de alimento pastoso, sendo contraindicada via oral de alimentação. Por opção da paciente, que recusou-se a passagem de SNE, foi realizada a GTT. Além disso, a mesma foi encaminhada para fonoterapia e orientada a medidas xerostômicas, inclusive ao uso da propantelina.

A videoendoscopia da deglutição demonstrou os mesmos achados no mês seguinte, sendo então indicada a medialização da prega vocal esquerda através da tireoplastia tipo 1, 6 meses após o quadro clínico. Após a cirurgia laríngea, a paciente evoluiu com melhora clínica importante da qualidade vocal e da deglutição, com ausência de sinais de aspiração durante a VED pós operatória, conseguindo prosseguir a dieta para via oral com sucesso.

Discussão: A imobilidade unilateral das pregas vocais é uma causa comum de insuficiência glótica.

As etiologias incluem lesão iatrogênica do nervo laríngeo recorrente (NLR), tumores que comprimem ou infiltram o NLR ao longo de seu curso, processos mediastinais que esticam ou comprimem o NLR, infecções, doenças neuromusculares doenças, bem como causas idiopáticas. A insuficiência glótica resultante prejudica a deglutição, respiração e fonação, podendo levar a sintomas de disfonia, disfagia e tosse ineficaz, sendo associada ao aumento das taxas de aspiração antes, durante e após a deglutição faríngea

Disfagia foi relatada por 60% dos pacientes com imobilidade unilateral de pregas vocais, com 23% e 53% desses pacientes demonstrando aspiração na videofluoroscopia.

A medialização precoce da prega vocal paralisada uma posição mais favorável pode afetar a posição final de repouso do prega vocal, mesmo se não recuperar seu movimento. Os benefícios da medialização das pregas vocais na disfonia e na melhora da qualidade vocal já são bem estabelecidos na literatura, no entanto seu efeito na disfagia, tosse e aspiração é menos claro.

Tanto a laringoplastia de medialização por injeção (IML) quanto a tireoplastia tipo 1 têm se mostrado igualmente eficazes na redução da aspiração com seguimento em curto prazo.

Cates et al. relatam melhora significativa nos sintomas de deglutição após a medialização da prega vocal, assim como a melhora na qualidade de voz autorreferida.

Pinna et al. também demonstraram melhora dos sintomas autorrelatados de disfagia após a realização da tireoplastia tipo 1 em pacientes com paralisia unilateral de prega vocal

Comentários finais: Relatamos um caso de disfagia associada a imobilidade de prega vocal unilateral com evolução clínica favorável após a medialização da prega vocal através da tireoplastia tipo 1. O caso corrobora com os achados de que as técnicas de medialização de pregas vocais não se limitam a melhora da qualidade vocal, tendo também um papel na melhora da deglutição, contribuindo para tornar a alimentação por via oral mais segura.

Palavras-chave: tireoplastia tipo 1; disfagia.

TCP654

DISFONIA E DISFAGIA COMO MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS INICIAIS DA TUBERCULOSE LARÍNGEA**Autor principal:** GUSTAVO CEDRO SOUZA**Coautores:** YASMIM PEREIRA GONÇALVES, GABRIEL MARCELO REGO DE PAULA, ROSANA DUARTE LUZ, GABRIEL NEVES FARIAS, THAYS FERNANDA AVELINO DOS SANTOS**Instituição:** Hospital Veredas

Apresentação do caso: L. S. P., 51 anos, sexo feminino, comparece ao ambulatório em 01/2022 com relato de disфония iniciada há 3 meses, com piora progressiva e associada a dispneia e disfagia para sólidos e líquidos. Nega perda ponderal, comorbidades, etilismo e tabagismo. Videolaringoscopia realizada em 11/2021 apresentando tecido de aspecto granulomatoso anterior às pregas vocais verdadeiras, com áreas de hiperemia e ulcerações, coaptação incompleta. Radiografia de tórax realizada em 11/2021 apresentando opacidades difusas de aspecto granulomatoso. Solicitado baciloscopia e PPD, com resultado compatível para tuberculose. Iniciou tratamento com esquema RIPE (2 meses RIPE + 4 meses RI), com melhora dos sintomas, sem novas queixas e apresentando nova videolaringoscopia apresentando túnica mucosa preservada bilateralmente, sem lesões, mobilidade preservada e coaptação completa em toda sua extensão.

Discussão: A tuberculose laríngea pode ser classificada como doença primária, que se desenvolve por meio da invasão direta de bacilos na laringe, ou por doença secundária, que se desenvolve por disseminação broncogênica da tuberculose pulmonar avançada ou por disseminação hematogênica ou linfática. A prevalência é maior em homens de meia idade, os sintomas mais comuns são disфония, perda ponderal, tosse, disfagia, odinofagia e estridor, e acomete mais frequentemente as pregas vocais verdadeiras. A tuberculose laríngea pode ser complicada pela paralisia das cordas vocais, como resultado de linfonodos mediastinais aumentados comprimindo o nervo laríngeo recorrente ao longo do curso intratorácico ou por estiramento ou compressão do nervo laríngeo recorrente devido a fibrose mediastinal ou pulmonar. A complicação mais comum é a estenose. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética são os exames de escolha para observar o envolvimento das estruturas e tecidos circundantes da laringe, melhor que a videolaringoscopia.

Comentários finais: A presença da disфония de característica progressiva associada a sintomas de disfagia, proporciona a suspeição da tuberculose, necessitando avaliação direta da laringe para identificação de alterações locais como lesões granulomatosas em pregas vocais verdadeiras. Com a possibilidade e a brevidade da realização da terapia antituberculosa, a tuberculose laríngea deixou de ser considerada uma condição terminal, tornando-se relativamente rara, proporcionando ao paciente uma menor morbimortalidade, com consequente qualidade de vida.

Palavras-chave: laringologia; tuberculose; disфония.

TCP655

ALTERAÇÕES NA ONDA MUCOSA DE PREGAS VOCAIS EM DISFONIA ASSOCIADA AO SARS-COV-2.**Autor principal:** COSME MOURA FERREIRA DAS CHAGAS**Coautores:** CAROLINE RICARTE REYS ORTIZ, MARIANNA ORNELLAS SAMPAIO LEITE**Instituição:** Hospital Central do Exército - HCE

Alterações na onda mucosa de pregas vocais em disfonia associada ao SARS-CoV-2, avaliadas por Estroboscopia: série de casos.

O acometimento da laringe associada ao SARS-CoV-2 pode desencadear modificações vocais expressadas por disfonia, e representadas por alterações em parâmetros de onda mucosa observadas durante Estroboscopia. A série de casos tem como objetivo, contribuir para o estudo da disfonia relacionado a infecção pelo SARS-CoV-2, e discutir sobre essa associação.

Objetivo: Descrever os parâmetros de onda mucosa, observados por Estroboscopia, nos casos de disfonia associada ao SARS-CoV-2 durante a evolução da doença, questionando se há existência de relação específica entre alterações em onda mucosa de pregas vocais e infecção pelo SARS-CoV-2.

Metodologia: Estudo retrospectivo, constituído por amostra de conveniência de 26 casos com diagnóstico laboratorial por SARS-CoV-2 e associados a disfonia, em momentos distintos da infecção, sem precedente de doenças de laringe, em pacientes entre 23 e 61 anos de vida, sendo 14 do gênero masculino e 12 do gênero feminino. A análise foi feita com base nas alterações encontradas nos parâmetros de onda mucosa de pregas vocais, observados durante Estroboscopia, no período de novembro de 2021 a julho de 2022. A pesquisa não passou por comitê de ética, porém as imagens não identificam os pacientes.

Resultados: O estudo teve como objetivo, avaliar as alterações nos seguintes parâmetros de onda mucosa encontrados em 26 Estroboscopias realizadas durante o momento de disfonia: Presença, Periodicidade, Regularidade, Amplitude, Fase e Coaptação glótica. Foram observadas as seguintes alterações nos parâmetros de onda mucosa: fenda glótica em 16 casos, sendo (5) mediotriangular, (4) paralela, (3) triangular posterior, (2) em ampulheta, (1) irregular e (1) fusiforme posterior; onda mucosa irregular em 14 casos; onda mucosa assimétrica em 14 casos; onda mucosa aperiódica em 4 casos; ausência do equilíbrio de abertura e fechamento glótico em 4 casos; ausência de onda mucosa em 1 caso. Todos as 26 Estroboscopias apresentavam ao menos um parâmetro alterado.

Os sintomas relacionados ao SARS-CoV-2 encontrados foram: tosse em 19 casos, cefaleia em 15 casos, sintomas respiratórios (dispneia, fadiga ao falar e obstrução nasal) em 12 casos, febre em 7 casos e anosmia em 6 casos.

As comorbidades associadas foram: ansiedade em 12 casos, obesidade em 6 casos, HAS em 5 casos, tabagismo em 4 casos, DPOC em 1 caso.

Discussão: Neste estudo, analisamos o perfil de onda mucosa em disfonia, associada ao SARS-CoV-2 em um grupo heterogêneo de vinte e seis pacientes com disfonia, sem doença prévia de laringe, submetidos a Estroboscopia.

A disfonia pode estar presente em qualquer infecção viral e sem apresentar características específicas. No estudo analisamos os achados mais frequentes em disfonia associados a infecção pelo SARS-CoV-2, questionando se na Estroboscopia há correlação específica entre as alterações na onda mucosa em infecções pelo SARS-CoV-2.

Conclusão: Os parâmetros encontrados na onda mucosa em disfonia, demonstraram-se alterados nos casos clínicos relatados com SARS-CoV-2, e ao menos um parâmetro estava alterado em todos os casos avaliados, sendo importante alerta para os profissionais da saúde, diante de casos de disfonia, associar a possibilidade de infecção por SARS-CoV-2. A relação disfonia e SARS-CoV-2 também permite questionar sobre atuação terapêutica, de forma que, com aumento do número de amostras possa ser discutido se as alterações são específicas da SARS-CoV-2, se devem ter conduta específica ou se devem ser inseridas nos protocolos de identificação da COVID-19.

Ainda que não haja na literatura, estudos relacionados as alterações específicas de onda mucosa com disfonia de etiologia viral, e observando que o atual estudo tenha um número relevante número de casos, os Resultados podem ser correlacionados as alterações encontradas na onda mucosa associada a infecção pelo SARS-CoV-2, porém não há evidências de alterações específicas pelo SARS-CoV-2.

Palavras-chave: estroboscopia; disfonia; SARS-CoV-2.

Autor principal: MARIA EDUARDA CARVALHO CATANI

Coautores: NICOLAS BALBINOT PANTELIADES, MARIA EDUARDA CALIXTO, ANA CAROLINA PIAZZA NOLDIN, INGRID TATSUMI MATSUBARA, GUILHERME SIMAS DO AMARAL CATANI

Instituição: UNIFEFE

Apresentação do caso: Paciente J.C.K, sexo masculino, 47 anos, foi encaminhado ao serviço do Hospital Paranaense de Otorrinolaringologia por apresentar lesão de prega vocal direita. Foi relatado história pregressa de tabagismo, cessado há 5 anos, e hipertensão arterial sistêmica em tratamento com medicação. Em biópsia feita previamente, foi evidenciado displasia de baixo grau, além de apresentar exames tomográficos de tórax e pescoço dentro dos parâmetros da normalidade. A fim de diagnóstico foi realizado o exame de videolaringoscopia e observado uma lesão vegetante leucoplásica em toda a extensão da prega vocal direita. O paciente então foi submetido à microcirurgia de laringe para exérese completa da lesão. O espécime cirúrgico removido foi enviado para avaliação histopatológica, que demonstrou displasia intensa. O exame imuno-histoquímico indicou proliferação escamosa papilomatosa com hiperqueratinização. Dentre os diagnósticos diferenciais sugeridos estão: carcinoma de células escamosas bem diferenciado, carcinoma verrucoso e leucoplasia verrucosa proliferativa.

Esse relato de caso tem por objetivo informar sobre os possíveis diagnósticos citados, visto que o caso mostrou-se inconclusivo mediante avaliação anatomopatológica e a devida conduta tornou-se de difícil decisão.

Discussão: Os papilomas escamosos da laringe são neoplasias benignas, com localização mais comumente nas pregas vocais verdadeiras. Formam-se proliferações macias, cujo diâmetro normalmente não ultrapassa 1 cm, e podem fazer diagnóstico diferencial com algumas patologias.

Dentre os diagnósticos diferenciais, pode-se citar o Carcinoma de Células Escamosas (CEC). Uma neoplasia maligna causada pela multiplicação descontrolada de células epiteliais de revestimento, desencadeando a maioria dos cânceres de laringe. Esse tipo de tumor é mais prevalente em indivíduos do sexo masculino, fumantes e usuários de álcool. Pacientes portadores de CEC em estágio inicial (bem diferenciado) possuem significativos índices de controle loco-regional, principalmente com manutenção da fonação, deglutição e respiração.

Juntamente ao CEC, o Carcinoma Verrucoso ou Tumor de Ackerman também pode ser inserido como um elemento a se analisar. Essa patologia é considerada uma forma rara e indolente do carcinoma espinocelular. Sua etiopatogenia está relacionada com carcinógenos biológicos (HPV), químicos (tabagismo) e físicos (trauma constante) e é mais prevalente em homens. Apresenta-se na cavidade oral e manifesta-se como lesão verrucosa de progressivo e lento crescimento, predominantemente horizontal. Caracteriza-se clinicamente por pápula ou placa notavelmente verrucosa, branco-acinzentada, com baixo grau de displasia e sem tendência de metastatizar.

Por fim, a Leucoplasia Verrucosa Proliferativa (LVP) apresenta características que a enquadra como um dos diagnósticos diferenciais evidenciados na histopatologia. Isso ocorre pois essa leucoplasia é uma lesão multifocal e progressiva, sendo caracterizada por uma alta taxa de transformação em carcinoma de células escamosas e carcinoma verrucoso de laringe. Inicialmente apresenta-se como placas esbranquiçadas, com uma ou mais áreas de leucoplasia homogênea de crescimento lento e persistente.

Comentários finais: Apresentamos um caso de difícil avaliação, pois mesmo com os estudos anatomopatológicos e imuno histoquímicos não foi possível concluir um diagnóstico, uma vez que a lesão não é positiva para câncer mas não afasta a possibilidade de malignidade. Em discussão com oncologistas, foi determinado que o paciente irá fazer um acompanhamento rígido, efetuando mensalmente novos exames de videolaringoscopia para observação da lesão. Qualquer alteração no exame, o paciente deverá ser encaminhado novamente para realização de uma biópsia a fim de elucidar o diagnóstico.

Autor principal: MARIA EDUARDA CARVALHO CATANI

Coautores: EVELIN FRANZON, FELIPE DE MELLO DA COSTA, GUILHERME SIMAS DO AMARAL CATANI

Instituição: UNIFEFE

Objetivos: Propor uma nova variação de técnica cirúrgica da Tireoplastia tipo 3, procedimento que visa reduzir a frequência fundamental da voz (conhecida como f0). Essa variação objetiva evitar uma possível voz monotonal após a cirurgia, a qual cursa com pequena extensão vocal e dificuldade de atingir tons mais agudos. Fato este, possível de ocorrer no pós-operatório, provavelmente por alteração da ação dos músculos cricotireóideos.

Métodos: Descrição da técnica: Com o paciente em decúbito dorsal, a cirurgia é feita com anestesia local com lidocaína e adrenalina 1: 100.000 e sedação. A incisão é de 4 cm, sendo uma cervicotomia anterior horizontal, a meia distância entre o ponto inferior da incisura da cartilagem tireóidea e o término dessa cartilagem, sendo 2 cm para cada lado. Uma vez feita a incisão na pele, dissecamos os planos abaixo e confeccionamos retalhos subplatismas superior e inferior. A musculatura extrínseca da laringe é afastada na linha média com a colocação de afastadores auto-estáticos, expondo completamente a laringe. É feita uma incisão no pericôndrio externo da cartilagem tireóidea e posteriormente um descolamento.. São feitas duas incisões verticais na cartilagem laríngea, distando 7 mm lateralmente à linha média. A incisão inicia-se no bordo superior da cartilagem, seguindo o percurso alinhadamente e preservando os 4 mm inferiores da cartilagem tireóidea, local onde insere-se o músculo cricotireóide, diferente da técnica tradicional que não preserva o bordo inferior da cartilagem. O rebordo de 4mm é preservado totalmente, unindo-se com a incisão feita no lado oposto. São feitas incisões bilaterais, com início superior, porém não estende-se até o fim, deixando uma moldura de 4mm inferiormente, a fim de unir o término dessas duas incisões deixando ao todo um rebordo de 4 mm. São 3 incisões no total que formam um grande “U”. Tendo em vista que o que foi incisado ficará solto, é realizada uma retroposição do complexo que encontra-se móvel. Deste modo, ocasiona-se um relaxamento das pregas vocais, baixando a f0, a tornando a voz mais grave. Após esses procedimentos, são feitas suturas superiores nos bordos das incisões e uma sutura horizontal unindo as duas partes fixas no ponto médio da cartilagem tireóidea, ponto de inserção da prega vocal. Essa sutura no ponto médio tem por finalidade impedir que esse complexo o qual foi posteriorizado mova-se para frente. Uma fixação superior é feita bilateralmente, seguida do fechamento da musculatura extrínseca da laringe, fechamento por planos e sutura de pele. Orienta-se repouso vocal por uma semana e fonoterapia para tratamento continuado.

Resultados: Com essa nova técnica, espera-se que com o bordo inferior da cartilagem laríngea preservado, a ação do músculo cricotireóideo não seja afetada. Esse músculo é responsável por alongar e tensionar as pregas vocais, permitindo que o paciente consiga deixar sua voz mais aguda.

Discussão: A tireoplastia tem como objetivo abaixar a f0, com redução do diâmetro ântero-posterior da cartilagem tireóidea. Com a diminuição na tensão da prega vocal, ocorre redução da f0, tornando o tom da voz mais grave. A tireoplastia é amplamente utilizada em homens cis com diagnóstico de puberfonia e homens transsexuais que não tiveram bons Resultados com a terapia hormonal. Em algumas situações pós-cirúrgicas, a voz do paciente pode apresentar alterações desagradáveis, ficando monotonal, com pequena extensão vocal e dificuldade para atingir tons mais agudos. Este problema indesejável provavelmente acontece devido a secção parcial do músculo cricotireóideo no momento da cirurgia, a depender da técnica utilizada. O presente trabalho propõe uma variação em que não ocorre a secção, com o objetivo de melhorar a qualidade vocal pós cirúrgica do paciente.

Conclusão: Foi proposta uma variação da técnica de tireoplastia tipo 3 em que é preservado todo o rebordo inferior da cartilagem tireóidea não interferindo na inserção do músculo cricotireóideo. Com isso, é esperado um resultado vocal com maior extensão, em que o paciente consiga atingir notas agudas.

Palavras-chave: tireoplastia tipo 3.

Autor principal: GIORGIA LABATUT

Instituição: Universidade Católica de Pelotas

Objetivo: Analisar a frequência e o perfil epidemiológico das internações por laringotraqueítes agudas na população pediátrica no Brasil no período de junho de 2012 a junho de 2022.

Metodologia: Estudo ecológico descritivo. As informações sobre internação hospitalar, taxa de mortalidade, óbitos, faixa etária, sexo e cor/raça foram obtidos através das Informações de Saúde (TABNET) pela plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no período de junho de 2012 a junho de 2022 utilizando o CID10 de laringite e traqueíte agudas a nível nacional e a faixa etária de menor de 1 ano a 14 anos de idade.

Resultados: Ocorreram 81.775 internações por laringite e traqueíte agudas no Brasil na população entre menor de 1 ano e 14 anos de idade no período de junho de 2012 a junho de 2022. As maiores incidências foram identificadas na região Sudeste, seguida de Norte e Nordeste com 24.164, 19.197 e 18.099 casos, respectivamente. Foi observado que, dentro da faixa etária estudada, as crianças entre 1 a 4 anos de idade foram as mais afetadas, com 43.102 internações no período do estudo, representando 52% do total analisado e, deste grupo etário, 30%, ocorreram apenas na região Sudeste. O sexo masculino expressa leve predomínio em relação ao feminino com 47.994 internações, ou seja, 58,69% do total. Observou-se que a cor/raça predominantemente afetada foi a parda com 30.875 casos (37,75%), seguida da branca com 23.913 pacientes (29,24%). Em relação à mortalidade, foram observados 70 óbitos em território nacional e taxa de mortalidade de 0,09% devido à doença na última década na população pediátrica brasileira.

Discussão: As laringotraqueítes agudas afetam principalmente a população pediátrica, especialmente as crianças menores de 1 ano a 4 anos de idade (52% do total de casos), leve preferência pelo sexo masculino (58,69%) e predomínio da cor/raça parda (37,75%) nos estados Sudeste (29,54%), Norte (23,47%) e Nordeste (22,13%). Geralmente essas condições agudas são de caráter benigno e autolimitado, e de etiologia predominantemente viral. Entretanto, as crianças podem estar mais suscetíveis a complicações da doença por possuírem via aérea e cartilagens aritenóides de tamanho reduzido, e alterações nessas estruturas podem evoluir com maior gravidade do que em adultos, como com dispneia aguda grave, decorrente da epiglote, complicação que pode ser fatal. O estudo levou ao achado de que apenas 70 casos do total de 81.775 internações evoluíram para óbito. Diante disso, atualmente, verifica-se uma drástica redução de laringotraqueítes e suas complicações em crianças devido a vacinação contra Haemophilus B, observado nos dados de taxa de mortalidade de 0,09% da doença na última década no Brasil. Outro dado que elucida esse fato está no comparativo de casos, pois entre junho de 2012 e junho de 2017, ocorreram 52.150 internações por laringotraqueítes na população pediátrica, enquanto que nos 5 anos seguintes, verificou-se 30.373 internações pelo mesmo motivo, ou seja, quase metade (41,76%) das internações nos 5 anos anteriores. Somado a isso, constata-se uma redução no número de evoluções a óbito pela doença no período analisado, pois entre junho de 2012 a junho de 2017 observam-se 38 óbitos, já nos 5 anos seguintes identifica-se 33 óbitos pela doença, uma redução de 13% na mortalidade.

Conclusão: Este estudo mostra de forma transversal dados sobre o número absoluto de internações de pacientes pediátricos acometidos por laringotraqueítes agudas, visto que foi embasado em uma fonte secundária de dados (DATASUS), necessitando de estudos longitudinais que possam elucidar de melhor forma a ocorrência dessa doença. Diante disso, verifica-se a importância de conhecer a frequência e o perfil epidemiológico dos casos das laringotraqueítes na população pediátrica para avaliação da evolução da enfermidade e a eficácia da aderência à imunização para prevenir essas doenças. Ressaltamos a importância da avaliação otorrinolaringológica no diagnóstico precoce dessas doenças a fim de evitar suas complicações e seu impacto preocupante na saúde da população, especialmente a pediátrica.

Palavras-chave: laringotraqueítes agudas; laringite aguda; traqueíte aguda.

TCP659

ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR FARINGOTONSILITE AGUDA NA BAHIA DE 2017 A 2022**Autor principal:** MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ**Coautores:** PEDRO YAN TOMÁS ANANIAS, MARCIO SILVA DE CARVALHO, RAQUEL MOREIRA BORGES, RODOLFO BAPTISTA GIFFONI, JOÃO VICTOR PINTO GOMES, MATHEUS GOMES REIS COSTA, MARIANA BARROS DANTAS**Instituição:** Hospital Otorrinos-Feira de Santana

Objetivos: Objetivou-se descrever as internações hospitalares por Faringotonsilite Aguda na Bahia, no período de Junho de 2017 a Junho de 2022, quanto aos custos de hospitalização, características sociodemográficas e mortalidade.

Métodos: Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, de análise quantitativa, cuja fonte de dados foi o Sistema de Morbidade Hospitalar (SIH-SUS) do Ministério da Saúde, tabulados em gráficos e tabelas no programa Microsoft Excel 2016.

Resultados: Nos últimos 5 anos, ocorreram 7.004 internações por faringotonsilite no estado da Bahia, apresentando uma queda de aproximadamente 65% de 2017 a 2022. O valor médio de internamento foi de R\$314,90, com uma média de 2,9 dias de permanência. A média de permanência no hospital por faringotonsilite aguda se manteve aproximadamente constante com os anos. Quanto à mortalidade, foram registrados 9 óbitos no período de tempo analisado, o que representa uma taxa de 0,13 óbitos/100 internações. Indivíduos com idade igual ou inferior a 19 anos representaram 78,8% das internações (5.522 internações), porém essa faixa etária registrou apenas 1 morte pela doença no período analisado. Por outro lado, indivíduos com mais de 60 anos apresentaram somente 2% dos casos (152 doentes), porém tiveram 6 óbitos, o que corresponde a 66,6% do total de mortes causadas pela doença no período. Quanto à divisão por sexo, homens correspondem a 51,4% (3.604) do total de internamentos, enquanto mulheres corresponderam a 48,5% (3400).

Discussão: Faringotonsilites são infecções autolimitadas que se desenvolvem nas tonsilas, faringe posterior e palato mole, representando uma das infecções mais frequentes das vias aéreas superiores (PIGNATARI, ANSELMO-LIMA, 2018). Como visto nos Resultados, é especialmente prevalente em faixas etárias mais jovens, sendo um dos principais motivos de consultas médicas em crianças, o que leva a grandes despesas individuais e a serviços de saúde (SIH, 2015). Os vírus são os agentes etiológicos mais comuns e dentre os agentes bacterianos, o *Streptococo Beta-Hemolítico do Grupo A de Lancefield* é o responsável pela maioria das infecções (PEREIRA *et al*, 2013). Por serem autolimitadas, a maioria dos indivíduos se recupera dentro de poucos dias da faringotonsilite, o que explica a baixa mortalidade da doença. Não obstante, podem ocorrer complicações, sobretudo quando a infecção se dá por uma etiologia bacteriana, a exemplo de febre reumática (rara em adultos), glomerulonefrite aguda, abscesso peritonsilar, abscesso retrofaríngeo e adenite/abscesso cervical (PILTCHER, 2015), o que poderia explicar os óbitos encontrados. Outrossim, as mortes ocorreram principalmente entre a população idosa, cujo sistema imunológico passa por alterações que levam a uma maior dificuldade no combate as infecções (MOTA *et al*, 2010). A diferença de prevalência entre os sexos não foi significativa, corroborando com os achados de outros estudos (CARDOSO, 2013).

Conclusão: A Faringotonsilite é uma doença que, embora apresente baixa mortalidade, possui elevada prevalência e impacta negativamente na qualidade de vida dos indivíduos e traz custos onerosos aos sistemas de saúde. Destarte, urge medidas que visem controlar e prevenir essa infecção, buscando compreender quais fatores contribuíram para a redução do número de casos de 2017 a 2022.

Palavras-chave: epidemiologia; faringotonsilite; SUS.

Autor principal: CAROLINA SARCINELLI SPINELLI

Coautores: MICHELLE MANZINI, VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ, RICARDO PESSINI PAGANIN

Instituição: Grupo Hospitalar Conceição

Apresentação do caso: R.S.J, 36 anos, hígido, procedente de Porto Alegre. Paciente procurou atendimento em pronto atendimento no dia 05/07/2022 com queixa de crepitação na topografia da cartilagem tireóidea há 3 dias súbita acompanhada de dor, disfonia e dor intensa local. Negava traumas. Paciente referindo ainda que sentia dispneia leve na fonação. Submetido a exame otorrinolaringológico completo com evidência de dor à palpação da incisura tireóidea sem crepitações e no exame de nasofibrolaringoscopia com prega vocal direita levemente acima da esquerda em comissura anterior sem redução da luz glótica. Foi então submetido a tomografia computadorizada da região cervical com evidência de irregularidade em cartilagem tireóidea direita, possivelmente decorrente de fratura sem deslocamento. Sugerida realização de RNM cervical para elucidação diagnóstica com resultado dentro da normalidade. Paciente foi manejado com corticoterapia via oral e repouso vocal inicialmente. Retornou 20 dias após a primeira avaliação relatando sentir desconforto na musculatura cervical após falar por longos períodos. Na avaliação endoscópica da laringe, evidenciada constrição anterossuperior da supraglote, sem outras alterações. Encaminhado paciente para fonoterapia. O mesmo se encontra ainda em acompanhamento, porém relatando melhora dos sintomas e da qualidade vocal, sem outras intercorrências.

Discussão: Fratura laríngea espontânea não traumática é extremamente rara e o diagnóstico pode passar despercebido. Esta condição ocorre quando a pressão laringotraqueal aumenta apesar da glote se apresentar fechada. A principal causa de ruptura espontânea relatada na literatura ocorre após crises de espirros na topografia da cartilagem tireóidea. A maioria dos casos relatados são em pacientes do sexo masculino de aproximadamente 40 anos. O fator de risco em comum encontrado em alguns casos foi o tabagismo. O paciente geralmente se apresenta com odinofagia, rouquidão e dor na palpação da cartilagem tireóidea. Crepitação no local da fratura é incomum, mas um forte preditor. O diagnóstico é estabelecido por meio de tomografia computadorizada da região cervical e exame endoscópico que pode demonstrar edema supraglótico e, em raros casos, hematoma no local da fratura. O tratamento é conservador. Os pacientes geralmente se recuperam espontaneamente em torno de oito dias.

Comentários finais: Pacientes do sexo masculino em idade adulta com queixa de odinofagia e dor à palpação cervical sem causas identificáveis no exame otorrinolaringológico, devem ser investigados para a possibilidade de fratura não trauma da cartilagem tireóidea, apesar de se tratar de uma doença extremamente rara.

Palavras-chave: fratura não traumática laríngea; laringe; cartilagem tireóidea.

TCP661 MUCOCELE EM EPIGLOTE: RELATO DE CASO

Autor principal: EDUARDO TAKASHI HIRATA

Coautores: CLAUDIA ALESSANDRA ECKLEY

Instituição: Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Paciente MM, 65 anos, feminino, procura serviço de pronto socorro de otorrinolaringologia do Hospital da Santa Casa de São Paulo em fevereiro/2022, refere sensação de “entalo em garganta” (sic) desde setembro de 2021. Refere que quadro iniciou com disфония, de forma insidiosa. Refere piora progressiva ao longo do tempo, associado a disfagia para sólidos com sensação de entalo (sic), com necessidade de ingestão de líquidos ao se alimentar. Nega febre, nega dispnéia, nega odinofagia. Refere sensação de globos faríngeo, tosse seca e pigarro associados. Refere perda de peso associada: cerca de 16 kg desde o início do quadro. Paciente com hipertensão arterial sistêmica e história prévia de câncer de colo de útero (realizou histerectomia prévia). Tabagista 52 anos-maço. Refere uso de losartan 2x/dia e ser etilista social. Ao exame físico - paciente em bom estado geral, eufônico em ar ambiente, corada, hidratada, acianótica, afebril. Durante avaliação de cabeça e pescoço - ausência de massas ou linfonodos palpáveis. Realizado oroscopia que evidenciou presença de lesão cística, de cerca de 3 cm, em região de face lingual de epiglote (Não sendo possível avaliar inserção de lesão). Optado por realizar exame de nasofibroscopia - evidenciado presença de lesão cística de cerca de 3,5 cm em região de orofaringe - aparentemente em região de face lingual de epiglote. Pregas vocais sem lesões, móveis, fenda glótica ampla e prévia.

Realizado exame de tomografia de pescoço, em serviço externo, que evidenciou achados de presença de lesão de conteúdo cístico, limites bem definidos, bordos bem delimitados em região de face lingual de epiglote, de cerca de 3 cm de diâmetro, com extensão para parede lateral esquerda de orofaringe

Optado, portanto, por tratamento cirúrgico - microlaringossuspensão diagnóstica, sob anestesia geral e intubação orotraqueal, com exérese de lesão, marsupialização e envio de material para anatomopatológico.

Resultado de anatomopatológico evidenciou resultado de mucocele, concluindo, portanto, o diagnóstico de mucocele de face lingual de epiglote.

Discussão de caso: A mucocele laríngea consiste em um tumor benigno raro de laringe. O quadro clínico envolve sensação de globus faríngeo, pigarro, tosse associada. Em casos mais graves, pode evoluir com dispnéia.

Seu diagnóstico costuma ser tardio, devido ao quadro clínico pouco exuberante. Durante avaliação é necessário exame de cabeça e pescoço com palpação e avaliação cervical de paciente - avaliar presença de massas ou linfonodos palpáveis, mobilidade cervical. Realização de exame de oroscopia, bem como exames de NASOFIBROSCOPIA ou laringoscopia direta são essenciais para visualização de lesão e de local de inserção da lesão.

Exames de imagem como tomografia computadorizada de pescoço e ressonância magnética podem auxiliar no diagnóstico com achados de lesão de conteúdo cístico e melhor delimitação de lesão.

Seu tratamento envolve procedimento cirúrgico de microlaringossuspensão, com remoção de lesão e preservação de mucosa para marsupialização e envio de material para anatomopatologia para conclusão diagnóstica.

Conclusão: A mucocele laríngea consiste em um tumor benigno raro de laringe, de difícil diagnóstico, com poucos relatos na literatura. Seu quadro clínico costuma evoluir com sensação de globus faríngeo, pigarro, queimação retroesternal bem como disфония. Geralmente, a evolução do quadro é lenta e benigna. Em casos mais graves pode provocar dispnéia devido à obstrução de via aérea. Seu diagnóstico é difícil, devido o quadro clínico geralmente ser brando e evoluir de forma lenta e insidiosa. Avaliação com nasofibroscopia e laringoscopia direta são essenciais para avaliação de quadro, bem como realização de exames de tomografia de pescoço para melhor avaliação de laringe e limites de lesão.

Seu tratamento envolve procedimento cirúrgico de microlaringossuspensão e exérese de lesão com marsupialização, envio de material para anatomopatológico, bem como acompanhamento clínico pós operatório. Em casos de disфония, paciente deve realizar acompanhamento fonoaudiológico em conjunto para tentativa de obtenção de melhora de quadro.

Palavras-chave: mucocele; epiglote; laringe.

Autor principal: LAURA CARMINATI

Coautores: HENRIQUE CARVALHO, LEONARDO ALBINO MEDEIROS, BRUNO SABEL, PAULA NIKOLAY, JANAINA JACQUES, PATRICIA RAUBER

Instituição: Hospital Governador Celso Ramos e Hospital Infantil Joana de Gusmão

Apresentação do caso: Paciente de 3 meses, sexo masculino, com histórico de internação hospitalar por 21 dias devido insuficiência respiratória aguda secundária a bronquiolite viral. Permaneceu 17 dias em leito de UTI, dos quais necessitou de intubação orotraqueal por 12 dias. Após 6 dias da alta hospitalar, iniciou com estridor e desconforto respiratório progressivo, com piora à agitação e ao chorar, além de episódio de dessaturação associado. Ao exame físico, presença de estridor bifásico, audível sem estetoscópio quando agitação, com tiragem subcostal. Internado em leito de UTI, instituído nebulização com budesonida e adrenalina, além de dexametasona endovenosa. Após 4 dias, submetido a laringoscopia de suspensão e evidenciado fibrina e hiperemia por toda a laringe, principalmente em epiglote e pregas ariepiglóticas. Material inflamado, hipertrofiado e hiperemiado em supraglote, glote e subglote, além de exposição de cartilagem em região posterior da subglote. Realizado remoção de fibrina, infiltração de lesão com dexametasona. Passado tubo de intubação orotraqueal número 3 sem cuff, com dexametasona pomada.

Reavaliado em 8 dias, realizado novo exame e constatado flacidez na altura da cartilagem cricoide à palpação da subglote, além de estreitamento em região de 4º e 5º anéis traqueais. Passado tubo número 3,5 sem cuff com dexametasona pomada.

No 10º dia, submetido a traqueostomia para proteção de vias aéreas.

Após 18 dias, evidenciado melhora das lesões em via aérea. Realizado aplicação de triancinolona injetável e tópica. Após 32 dias, constatado boa epiteliação da região dos anéis traqueais, com presença de fibrose em parede anterior e posterior, com passagem de tubo 3.5 sem cuff com pomada de triancinolona.

Manteve realização de exames periódicos para acompanhamento. Após 8 meses, evidenciado estenose subglótica não concêntrica, grau II, 53% de obstrução na Classificação de Cotton-Myer, já sem exposição de cartilagem cricoide.

No 11º mês, constatado granuloma supraestomal, sendo realizado ressecção e dilatação com balão após.

O paciente atualmente segue em acompanhamento ambulatorial regular.

Discussão: A Estenose Subglótica, na maioria dos casos, é decorrente do trauma da mucosa laríngea pela intubação orotraqueal. A própria pressão do tubo resulta em isquemia tecidual local, inflamação, necrose e cicatrização. Após dois a cinco dias da intubação já são observadas alterações inflamatórias nessa região. As áreas mais comumente acometidas correspondem ao local que o tubo apoia-se, na região interaritenóidea e articulações cricoaritenóideas. Fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de lesões laríngeas compreendem a duração da intubação, o tamanho do tubo orotraqueal, a pressão do cuff, as condições de intubação (emergência versus planejada, uso ou não de relaxante muscular), a necessidade de reintubação, a existência de fatores predisponentes à inflamação como refluxo gastroesofágico e processo infeccioso durante a intubação.

O manejo de uma criança com estridor leve após extubação é em sua maioria expectante. Medidas de suporte como epinefrina racêmica, esteroides, heliox, pressão positiva nas vias aéreas ou nebulização com esteroides podem ser instituídas.

Se necessário reintubação, utilizar um tubo menor envolto por gotas de antibiótico com esteroide para reduzir o edema e a granulação local.

As intervenções endoscópicas como injeções de esteroides, separação de cicatrizes e dilatação por balão podem ser eficazes. Quando indicado cirurgia aberta, as modalidades para escolha compreendem cirurgia de expansão, cirurgia de ressecção e traqueoplastia em bisel.

Comentários finais: A estenose subglótica quando sintomática se torna debilitante, reduz significativamente a qualidade de vida devido obstrução respiratória e gera alterações da voz.

É necessário o reconhecimento precoce desta condição para o adequado tratamento, de forma a evitar a morbimortalidade destes pacientes, visto que é uma condição com risco potencial de insuficiência respiratória.

Autor principal: JÚLIA VIDAL CARAMORI

Coautores: CAROLINE PERIN, ISABELLA MARIA OLIVEIRA MIRANZI, ALINE SUZIE GOMES, RAFAELA ABRAMOSKI RIBEIRO, ABNER DE OLIVEIRA GRIPP DONATO, JULIANA GUEDES AMORIM MENDONÇA, ANA PAULA RIBEIRO REIS

Instituição: Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Apresentação do caso: JLS, 53 anos, masculino, iniciou seguimento na Santa Casa de Ribeirão Preto em junho de 2021 com queixa de disfonia, globos faríngeo e pigarro há 3 meses. Apresentava histórico de pré-diabetes, dislipidemia e etilismo. Negava tabagismo, trauma vocal, trabalho com uso abusivo da voz ou procedimentos cirúrgicos com necessidade de intubação orotraqueal.

À nasofibrolaringoscopia apresentou lesão única, irregular, rósea de cerca de 1,0 cm, em topografia de prega vestibular esquerda, região posterior, com característica sésil e heterogênea. Discreto edema interaritenóide e paquidermia posterior. Iniciado tratamento com corticoide oral, inibidor de bomba de prótons (IBP) e corticoide inalatório. Solicitada tomografia (TC) de pescoço que evidenciou espessamento nodular mucoso no espaço visceral, na lateral esquerda da laringe, ao nível das falsas cordas vocais medindo 9,5 x 9,2 mm, sem demais alterações. Repetida nasofibrolaringoscopia de controle após 30 dias de tratamento e a lesão em prega vestibular esquerda permaneceu sem alteração em comparação com exame anterior e mantinha sinais de refluxo laringofaríngeo.

Realizada microcirurgia de laringe com ressecção completa da lesão. Os achados cirúrgicos incluíram lesão arredondada, lobulada, rósea, vascularizada e endurecida com base em prega vestibular esquerda e extensão para região posterior de prega vocal esquerda. O anatomopatológico evidenciou Granuloma piogênico (Hemangioma capilar lobulado), parcialmente ulcerado.

Após o procedimento o paciente evoluiu com melhora dos sintomas e as nasofibrolaringoscopias de controle apresentaram status pós operatório em bom aspecto.

Discussão: O hemangioma capilar lobular (HCL), também denominado granuloma piogênico, é um tumor vascular benigno que afeta mais comumente a pele ou as membranas mucosas (orais e nasais). Histologicamente, consiste em agregados circunscritos de capilares em lóbulos. São mais encontrados na cavidade nasal e oral. Na região oral são mais frequentes na gengiva, seguidos pelos lábios, língua e mucosa bucal. Estas lesões podem sangrar, mas são indolores. O HCL ocorre predominantemente em homens. Eles são muito raros na laringe e traqueia e há poucos relatos na literatura.

Os granulomas na laringe podem apresentar como fator de risco intubação orotraqueal, abuso vocal, e doença do refluxo gastroesofágico. Fatores como tabagismo também estão associados.

A etiologia exata do granuloma piogênico não é conhecida. É considerado uma resposta vascular reativa a estímulos, como trauma, influência hormonal, associação com alguns medicamentos (como ciclosporina, lamivudina, imatinibe) ou infecção por Bartonella spp.

O HCL geralmente se desenvolve como um pequeno nódulo vermelho e clinicamente apresenta-se como um nódulo macio, sésil ou penduculado, brilhante e de superfície friável.

Os sintomas vão de disfonia, disfagia, pigarro, sensação de corpo estranho na garganta, tosse e até hemoptise, a depender da localização e tamanho da lesão.

A suspeição diagnóstica geralmente é realizada por nasofibrolaringoscopia. A remoção cirúrgica é o tratamento de escolha.

Comentários finais: O Granuloma Piogênico na laringe é patologia rara. O paciente do caso relatado não apresentava histórico de abuso vocal, trauma, associação medicamentosa ou infecções, geralmente associados a etiologia da doença. A nasofibrolaringoscopia geralmente é método eficaz na investigação diagnóstica, conforme realizado no caso descrito. Devido à baixa frequência desta doença, não é possível padronizar a conduta. Porém, sempre que possível, a via endoscópica é a forma escolhida. O paciente deste relato foi submetido a microcirurgia de laringe sem intercorrências, com remoção da lesão e apresentou boa evolução e melhora das queixas.

Palavras-chave: hemangioma capilar lobular; granuloma piogênico; nasofibrolaringoscopia.

Autor principal: GIULIANA BEDUSCHI

Coautores: EDUARDO PRIESNITZ FRIEDRICH, MARIA LUIZA LOPES ILGENFRITZ, TÁSSIA CIVIDANES PAZINATO, LETICIA ROSSETTO DAUDT, EDUARDO ESTEVES DE ALCÂNTARA MARQUES RODRIGUES, PEDRO HENRIQUE ZANELLA CATTO, LEONARDO PALMA KUHL

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Apresentação do caso: Paciente de 23 anos, sexo masculino, com histórico de infecção por COVID-19, evoluiu após 7 dias, com pancitopenia, febre persistente, disfonia, disfagia e odinofagia intensa. À oroscopia, apresentava edema amigdaliano com exsudato bilateralmente, sem abaulamentos em palato, sem desvio da úvula ou trismo. À palpação cervical, presença de linfonodomegalias dolorosas à palpação em cadeia cervical II bilateral. Em tomografia, identificou-se linfonodomegalias cervicais anteriores e posteriores, com área necrótica e de realce arterial, nas cadeias IIA à direita e à esquerda. Testes sorológicos para CMV e EBV negativos. Cinco dias após, apresentou esforço respiratório e piora da disfonia. Submetido a traqueostomia e laringoscopia direta com evidência de edema difuso em supraglote, realizada biópsia de laringe com achados compatíveis com mucosa escamosa necrótica, com numerosas estruturas fúngicas, presença de hifas e possibilidade de angioinvasão. Considerada infecção fúngica por *Fusarium*, sendo adicionada cobertura antifúngica ao esquema antimicrobiano vigente.

O paciente evolui com derrame pleural bilateral, maior à direita, pequenos nódulos pulmonares com densidade partes moles de distribuição aleatória no parênquima de ambos os pulmões, praticamente todos menores que 1,0 cm, indeterminados, provavelmente relacionados a disseminação hematogênica de processo inflamatório.

Após 30 dias, paciente apresentou dor lombar e cefaléia. Realizada RM de coluna lombossacra com infiltração na musculatura peri e paravertebral posterior, bem como na musculatura glútea e iliopsoas. Além disso, presença de lâminas líquidas no tecido subcutâneo na região lombar. Quadro sugestivo de piomiosite, com provável disseminação do germe para a musculatura estriada. Realizada RM crânio, com focos de hipersinal em T2/FLAIR e restrição à difusão no giro lingual e lóbulo parietal inferior direitos e no giro pré-central e lóbulo parietal superior esquerdo, possivelmente isquêmico recente e embólico, sugerindo tromboembolia séptica para SNC.

Discussão: A síndrome de Lemierre é incomum na era pós-antibiótica. Nessa síndrome, a bactéria invade a mucosa faríngea, a qual está enfraquecida pela faringite viral ou bacteriana precedente, e, então, alcança o espaço faríngeo lateral, resultando em tromboflebite séptica da veia jugular interna e infecções metastáticas. A infecção geralmente inicia-se como faringite/amigdalite (85%), mastoidite (2%) e infecções odontogênicas (1%) menos comuns. Apresenta alta mortalidade se não reconhecida e tratada agressivamente, sendo que o curso da doença geralmente é rápido e irreversível. Acomete mais homens, numa proporção 2: 1, entre 14 e 24 anos. O microrganismo mais associado é o *Fusobacterium necrophorum*. Em relação ao diagnóstico, os primeiros sintomas de faringite aguda podem não ser úteis no reconhecimento da septicemia e de outras complicações. Febre alta persistente e dor no pescoço podem ser pistas para suspeitar da SL. Os pulmões são mais comumente afetados em até 85% dos casos, sendo as principais lesões: cavitária necrótica, infiltrado, derrame pleural, empiema, abscessos pulmonares, mediastinite necrosante. Além disso, há apresentações menos comuns de doença metastática, como abscessos de tecidos moles, piomiosite, abscessos esplênicos e hepáticos, osteomielite, endocardite, pericardite, abscesso renal e abscesso cerebral. A TC Cervical com contraste é o melhor método diagnóstico. O regime antimicrobiano deve incluir um inibidor de b-lactamase, sendo prescrita por 3 a 6 semanas. Anticoagulação é controversa mas deve ser considerada em alguns casos.

Comentários finais: O presente relato mostra Síndrome de Lemierre presumida como um evento secundário a disseminação tromboembólica séptica para pulmões, musculatura estriada e SNC.

TCP665

DISFONIA ESPASMÓDICA E O USO DE INJEÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA: UMA REVISÃO ASSISTEMÁTICA.**Autor principal:** RAFAELI SAGRILO GROSSI**Coautores:** MICHELE TEJADA POERSCH, LUISA FLUZER CURI QUADROS, EDUARDA FERREIRA ZARDIN, VICTORIA BOEIRA DUARTE, SAMARA QUOOS DA ROSA**Instituição:** UNISINOS

Objetivos: O presente trabalho tem como objetivo ressaltar informações e evidências de artigos científicos referentes ao tratamento da disfonia espasmódica com o uso de injeção de toxina botulínica (TB).

Métodos: Foram feitas buscas, na plataforma PUBMED, de estudos que contemplassem o assunto de injeção de TB como tratamento para disfonia espasmódica. A partir disso, foram selecionados artigos científicos publicados entre 2020 e 2022 para a realização desta revisão assistemática.

Resultados: Estudos demonstraram melhora significativa da voz em pacientes com disfonia espasmódica após um mês de tratamento com injeção de TB, uma vez que esses tinham sua produtividade no trabalho comprometida pela patologia. Resultados de um ensaio clínico randomizado realizado em oito institutos japoneses demonstraram que o grupo que havia sido submetido a injeções de TB apresentou reduções significativas na perturbação da voz e na amplitude do tom fundamental em comparação ao grupo placebo. Tal estudo igualmente corroborou a hipótese de que a presença de efeitos adversos, como rouquidão soprosa ou aspiração, após a injeção inicial de TB, refletem em melhores ou mais longos efeitos terapêuticos. Além disso, a repetição da injeção de TB aumentou a eficácia terapêutica, sobretudo em pacientes mais jovens, que também tiveram melhores respostas a este tratamento.

Discussão: A disfonia espasmódica é um distúrbio neurológico da voz raro, causado por espasmos involuntários e intermitentes dos músculos intrínsecos da laringe. O tratamento dessa patologia inclui injeção de TB nos músculos da laringe, procedimentos cirúrgicos e terapia de voz. A injeção de TB pode ser usada para qualquer grau de gravidade de disfonia espasmódica; entretanto existem algumas desvantagens: é um tratamento não definitivo, injeções repetidas são necessárias e tem um alto custo. Por outro lado, espera-se que a intervenção cirúrgica tenha efeito terapêutico de longa duração, sendo indicado aos pacientes com disfonia espasmódica adutora moderada a grave. Se o sintoma permanece ou melhora insuficientemente após a cirurgia, a injeção de TB suplementar pode ser realizada. Finalmente, a terapia vocal busca reduzir o esforço fonatório adquirido secundário, mas tem eficácia limitada. Visto isso, em decorrência de estudos que comprovaram a eficácia da injeção de TB para tratar disfonia espasmódica, seu uso agora é aprovado e financiado pelo sistema de seguro médico nacional, no Japão.

Conclusão: Apesar da injeção de TB ser comprovadamente aceita como tratamento de primeira linha para disfonia espasmódica, percebe-se que essa terapia tem sido usada em “*off-label*” na maioria dos países norte-americanos, europeus e asiáticos, impondo elevados custos financeiros aos pacientes. Portanto, com esta revisão, almejamos destacar a necessidade de mais estudos clínicos de boa qualidade sobre o assunto, objetivando que esse tratamento tenha sua eficácia amplamente comprovada e reconhecida na comunidade científica.

Palavras-chave: disfonia; espasmódica; toxina botulínica.

TCP71

RELATO DE CASO: FÍSTULA OTOLÍQUÓRICA COMPLICADA COM MENINGITE BACTERIANA EM PACIENTE PEDIÁTRICO**Autor principal:** CARLOS AUGUSTO SERVATO BORGES**Coautores:** RAÍSSA DE OLIVEIRA E ALBUQUERQUE, PEDRO ANTÔNIO OLIVEIRA AQUINO GUSMÃO, MIRELLA MONIQUE LANA DINIZ, GIOVANNA MANATA BARBOSA DE SOUZA, FLAVIO CARVALHO SANTOS FILHO, GABRIEL RAMOS FRANÇA, GUSTAVO ROSSONI CARNELLI**Instituição:** Hospital das Clínicas da FMUSP

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, de 1 ano e 11 meses, previamente hígido, sem antecedente de trauma e perda auditiva, de acordo com relato dos pais, admitido em 11/03/2022 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HC-FMUSP) encaminhado de serviço externo com história de febre e otorreia líquida citrina a esquerda há 4 dias, que evoluiu há 1 dia para rebaixamento do nível de consciência e necessidade de ventilação mecânica sob intubação orotraqueal. Na admissão no HC-FMUSP, o paciente apresentava otorreia pelo ouvido esquerdo com alto débito (160mL em 12h), possuía exame bioquímico do líquido sugestivo de meningite bacteriana e estava em terapia empírica antibiótica com Ceftriaxona e Clindamicina endovenosas. A TC de ossos temporais mostrou material de partes moles obliterando orelha média, conduto auditivo externo e mastoide esquerdas, além de falha óssea no tégmen timpânico. Assim, a principal hipótese diagnóstica era de meningite bacteriana secundária à fístula otoliquórica. Devido à gravidade do quadro, optou-se por realizar uma petrosectomia subtotal esquerda com obliteração da cavidade com gordura de membro inferior, fásia lata e cola de fibrina, e fechamento do conduto auditivo externo, em caráter de urgência. Na avaliação intra-operatória foi visualizado sítio de drenagem líquórica em tégmen timpânico e mastoideo, além do vestíbulo (local de maior débito). Além disso, para complementar a investigação solicitou-se Ressonância Nuclear Magnética de Ossos Temporais, que demonstrou achado adicional de extensa cefalocèle do ápice petroso esquerdo e herniação do cerebelo para o conduto auditivo interno à esquerda, além de sinais de labirintite aguda bilateralmente. O paciente foi internado em leito de terapia intensiva, evoluindo com melhora dos parâmetros infecciosos. Além disso, por achado de labirintite aguda em Ressonância Magnética, em paciente sem avaliação audiológica prévia, solicitou-se BERA com resultado de ausência de respostas bilateralmente, compatível com a anacusia bilateral também evidenciada na audiometria condicionada. Desse modo, foi indicada cirurgia para implante coclear à direita. Após 23 dias de internação, o paciente teve alta hospitalar em bom estado clínico. No momento, aguarda cirurgia para implante coclear e está em seguimento ambulatorial pós operatório com equipe de Otorrinolaringologia, com evolução satisfatória.

Discussão: A fístula otoliquórica pode ser espontânea, secundária a traumas ou doenças da orelha média, como infecções. As espontâneas, mais raras, podem ocorrer em crianças com malformações congênitas do osso temporal. Dentre as complicações mais frequentes do quadro, temos as meningites. O tratamento cirúrgico apresenta-se como opção eficaz no tratamento dessa condição, haja vista que permite resolução da fístula e, consequentemente, prevenção de complicações infecciosas.

Conclusão: O diagnóstico e tratamento corretos da fístula otoliquórica são fundamentais, haja vista o potencial de complicação com meningite, que evolui, com frequência, a quadros ameaçadores à vida, além da possibilidade de perda auditiva profunda bilateral como seqüela desta doença.

Palavras-chave: fístula líquórica; meningite bacteriana; otoliquorreia.

TCP72

SANGRAMENTO DURANTE TIMPANOPLASTIA POR ALTERAÇÃO ARTERIOVENOSA INTRACRANIANA: RELATO DE CASO**Autor principal:** GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA**Coautores:** TRISSIA MARIA FARAH VASSOLER, ANDRE LUIZ DE ATAIDE, CAMILA DE SANTA CRUZ SOUZA, IGOR MATHEUS ARAUJO DUARTE, ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA, FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI, LUCAS CORREIA PORTES**Instituição:** *Hospital Pequeno Príncipe*

Apresentação do caso: Paciente feminina, 7 anos e 5 meses de idade, acompanhada de sua mãe, apresenta histórico otorrinolaringológico importante: em 2019, submetida a colocação de tubo de ventilação bilateralmente por conta de episódios de otite média crônica simples e realização de adenoamigdalectomia. Procura o serviço de Otorrinolaringologia porque mãe percebeu que filha estava apresentando dificuldades para escutar e precisava assistir à televisão em volume elevado. Refere também saída de secreção purulenta em ouvido esquerdo, apesar de referir cuidar para não molhar o ouvido com uso de algodão e óleo. A paciente possuía acondroplasia. Ao exame físico, membrana timpânica direita apresentava-se com aspecto inflamatório e presença de tubo de ventilação tóxico. À esquerda, presença de retração importante de membrana timpânica em região de promontório e ouvido não apresentava secreção no momento. Rinoscopia e oroscopia sem particularidades. Diante dos achados atuais e histórico da paciente, foi optado pela realização de timpanoplastia à esquerda. A cirurgia precisou ser interrompida durante sua realização por conta de sangramento intraoperatório volumoso impedindo o término do procedimento. Cofator Ristocetina e antígeno do fator de von Willebrand não apresentavam alterações. Solicitada angiorressonância magnética arterial e venosa intracranianas que demonstrou lobulação em parede lateral das porções anteriores do segmento cavernoso da artéria carótida interna, medindo aproximadamente 2 mm. Paciente com boa recuperação no pós-operatório, em acompanhamento com hematologia e neurocirurgia pediátrica e optado, nesse momento, não realizar nova intervenção cirúrgica.

Discussão: Timpanoplastia refere-se ao procedimento cirúrgico realizado para reconstruir a membrana timpânica que tenha sofrido perfuração, bem como é a técnica de escolha para o tratamento de otites médias crônicas simples, visando a erradicação da doença e restauração da condução do som. Apesar de raras, podem acontecer complicações cirúrgicas, como sangramento intraoperatório, conforme abordado no caso, além de hematomas, dormência e assimetria em região de aurícula e infecção de ferida. Novas técnicas de abordagens cirúrgicas vêm sendo desenvolvidas visando reduzir tais complicações e até mesmo o tempo de procedimento, como é o caso da abordagem endoscópica transcanal para realização da timpanoplastia.

Comentários finais: Intervenções cirúrgicas, como no caso da timpanoplastia, quando bem indicada, devem ser realizadas visando a melhora do quadro do paciente. Apesar disso, o médico otorrinolaringologista está sujeito a complicações durante as operações e deve ser capaz de abreviar danos e saber o momento certo de interromper o ato cirúrgico. O conhecimento prévio da anatomia local e das complicações intraoperatórias mais prevalentes da cirurgia que está sendo realizada e seu adequado manejo é essencial para a formação do profissional, bem como a correta solicitação de exames complementares que favoreçam o diagnóstico.

Palavras-chave: timpanoplastia; complicações intraoperatórias; otite média.

Autor principal: MILENA SAYURI OTSUKI

Coautores: ANDRE LUIZ DE ATAIDE, TRISSIA MARIA FARAH VASSOLER, GILBERTO DA FONTOURA REY BERGONSE, JOSE LUIZ PIRES JUNIOR, LETÍCIA OLIVEIRA DE MENEZES, DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH, THIAGO YUZO AZUMA

Instituição: Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná

Objetivo: Análise estatística dos procedimentos cirúrgicos de implante coclear pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o Brasil de 2016 a 2021, adicionalmente avaliando o impacto da pandemia de COVID 19.

Métodos: Estudo descritivo transversal com base na abordagem quantitativa das internações pelo SUS para o procedimento de implante coclear no Brasil, de 2016 a 2021. Foram coletados do DATASUS-TabWin, através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), os registros relativos às internações que estavam separadas em implante coclear, implante coclear unilateral e implante coclear bilateral. Posteriormente os dados foram tabulados no programa Excel 2013.

Resultado: As internações SUS para implante coclear no Brasil são registradas de três diferentes maneiras no SIH. Em relação ao registro “Implante Coclear” houve redução de 758 procedimentos em 2016 para 126 em 2021, com grandes variações no intervalo: 582 (2017), 437 (2018), 158 (2019) e 68 (2020). Quanto ao “Implante Coclear Unilateral” no período em análise foram 29 em 2016, 259 em 2017, 392 em 2018, 590 em 2019, 334 em 2020 e 475 em 2021. Já o “Implante Coclear Bilateral” teve aumento progressivo: 3 (2016), 48 (2017), 73 (2018), 146 (2019), 125 (2020) e 152 (2021).

Discussão: A identificação precoce da perda auditiva por meio da triagem auditiva neonatal e o implante coclear, aliados à fonoterapia, proporcionam melhores Resultados na audição e linguagem. Analisou-se a partir dos dados disponíveis no DATASUS que o implante coclear teve significativo impacto durante os anos de pandemia de COVID 19, que ainda se seguem, com uma redução em quase 92% de 2016 para 2020 e 83% de 2016 para 2021, com grandes variações no período, mas já em tendência a queda até 2019. Os registros separados por implante coclear bilateral estão em aumento progressivo de 2016 a 2021, indo de 3 para 152 e as internações para implante coclear unilateral tiveram aumento de 2016 para 2019, com redução em pouco mais de 43% de 2019 para 2020, mas posterior tendência de recuperação. É com grande preocupação que nos deparamos com os dados relativos às cirurgias de implante coclear pelo SUS no Brasil, com redução acima de 80% durante o período analisado de seis anos. Entretanto, com os registros destacados em unilateral e bilateral em crescente, e somando-se os valores, são 790 em 2016, 889 em 2017, 902 em 2018, 894 em 2019, 527 em 2020, 753 em 2021, reduzindo esse impacto para 33% de 2016 para 2020 e 4,7% de 2016 para 2021.

Conclusão: Se vê um impacto negativo ocasionado pela pandemia de COVID 19 aos procedimentos de implante coclear, principalmente em 2020, o primeiro ano de pandemia. Preocupa o fato de que isso possa espelhar também uma redução nas triagens auditivas neonatais, consequentemente no diagnóstico de surdez congênita, no procedimento de implante precoce e fonoterapia, repercutindo em menor qualidade auditiva e de vida para os possíveis beneficiados, afetando, entre outras coisas, as interações sociais, o desempenho escolar e desenvolvimento psicológico.

Palavras-chave: implante coclear; estatística; pandemia.

TCP74

GRANULOMA DE COLESTEROL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM LESÕES CÍSTICAS DE CONDUITO AUDITIVO EXTERNO**Autor principal:** RAFAEL DE CASTRO DA SILVA**Coautores:** THAYNÁ FERREIRA FURTADO PEREIRA, RUTH ELLEN FERNANDES DE CASTRO DANTAS BRAZ, HENRIQUE VIVACQUA LEAL TEIXEIRA DE SIQUEIRA, ARTHUR MENINO CASTILHO**Instituição:** Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Apresentação do caso: Paciente de 77 anos, sexo feminino, com queixa de hipoacusia à esquerda progressiva há 01 ano. Negava quaisquer outras queixas como otalgia, otorreia, otorragia, plenitude aural ou zumbido. De antecedentes médicos, possuía história de duas cirurgias otológicas prévias em mesma orelha há 30 anos e há 15 anos, porém não sabia referir detalhes sobre os procedimentos ou diagnósticos prévios.

Ao exame físico otorrinolaringológico, a otoscopia revelava um abaulamento da porção posterior do conduto auditivo externo (CAE) à esquerda, impedindo a visualização adequada dos dois terços mediais do CAE, bem como da membrana timpânica.

A tomografia computadorizada de osso temporal evidenciava lesão expansiva densa não captante, contornos parcialmente definidos, centrada na mastoide esquerda, medindo cerca de 2,6 x 2,0 x 2,1 cm, promovendo erosão e remodelamento da parede posterior do conduto auditivo externo com estreitamento luminal, além de compressão do seio sigmoide e descontinuidade da tábua ósea externa. Diante destes achados, foi aventada a hipótese de colesteatoma de CAE. Optado por complementar investigação com ressonância magnética de mastoide, que mostrou lesão em mesma topografia, com sinal hiperintenso em T1 e T2, sendo direcionada a possibilidade de um outro diagnóstico: granuloma de colesterol.

Considerando os diagnósticos diferenciais possíveis, optou-se por submeter a paciente a uma mastoidectomia radical em orelha esquerda (OE), cujo achado intraoperatório era de uma lesão cística com conteúdo “achocolatado”. O estudo anatomopatológico revelou processo inflamatório crônico com inúmeros cristais de colesterol, permanecendo – portanto – a hipótese diagnóstica de granuloma de colesterol.

No 3º mês pós-operatório a paciente apresentava cavidade ampla e epitelizada em OE, mantendo queixa de hipoacusia do lado operado, sem outros sintomas associados.

Discussão: Granulomas de colesterol são lesões benignas, representadas por uma resposta tecidual de corpo estranho de células gigantes à presença de cristais de colesterol. Diversas vertentes tentam explicar a possível gênese de um granuloma de colesterol (Plester, et al, 1982). Dentre elas, aventa-se que uma hemorragia tecidual, juntamente com a degradação de hemoglobina e hemossiderina, seja o ponto de partida para a cristalização do colesterol (Friedmam et al, 1974), esses cristais geram uma reação de corpo estranho que leva a formação de granulomas ou cistos. As paredes dos cistos são formadas por tecido conectivo, e não possuem epitélio escamoso, como visto nos colesteatomas (Gore MR, et al, 2011)

Podem estar presentes em diferentes regiões do osso temporal, sendo descrita como a patologia benigna mais comum do ápice petroso, porém de raro acometimento em região de tímpano mastoide (Pace A et al, 2020). Nesse último caso, discute-se que o surgimento dessa patologia pode ser decorrente de doença primária da orelha média, ou secundária a procedimento cirúrgico prévio (Ilanella G, et al, 2016). Há escassos relatos de acometimento de CAE. A avaliação por imagem é de grande importância, sendo combinada com tomografia computadorizada (TC) e Ressonância magnética (RM). À TC, raramente observa-se erosões ósseas, ao contrário de tumorações como glomus e colesteatomas, importantes diagnósticos diferenciais. Tipicamente, à RM, observa-se hipersinal nas sequências T1 e T2 (Pace et al, 2020)

O diagnóstico diferencial de lesões nesta topografia é extenso, incluindo o próprio colesteatoma (Rosenberg, 1986). Diferenciá-los através de uma história adequada, exame físico e radiológico torna-se fundamental para o correto manejo.

Comentários finais: Este estudo relata um caso de granuloma de colesterol acometendo região mastoidea e conduto auditivo externo. Apesar de incomum nesta localização, a alta suspeição clínica deve ser sempre mantida, sobretudo em casos que sejam corroborados por alterações radiológicas típicas dessa patologia, aliado a uma história clínica compatível.

Palavras-chave: granuloma; colesterol; colesteatoma.

TCP75

OTOMÍASE EM PACIENTE SEM FATORES DE RISCO

Autor principal: HEYTOR DOS SANTOS FLORA**Coautores:** ANTONIO AUGUSTO FREITAS JUNQUEIRA, HELENA ALENCAR ROSA TEIXEIRA MENDES, PAULA DA COSTA PORTO MENDES, ANA LUÍSA ALMEIDA RODRIGUES, MARIANA GRAÇA NARS, ELOAH PINHO**Instituição:** *Hospital Central da Aeronautica*

Apresentação do caso: Esse trabalho relata o caso de um paciente de 40 anos, casado, engenheiro, classe social média, sem histórico de otites ou cirurgia otológica, precedente de zona urbana do Rio de Janeiro-RJ. Apresentou quadro de dor associado a sensação de plenitude em ouvido esquerdo e encaminhado para avaliação otorrinolaringológica. Ao exame foi observado presença de corpo estranho com inúmeras larvas. Foi realizada remoções mecânicas das larvas, e associado prescrito ciprofloxacino tópico, ivermectina oral 18mg por três ciclos e tópica em forma de pó, e dexametasona pomada em contato direto com conduto auditivo. O paciente retornou sendo necessário outros ciclos de retirada mecânica de larvas. Com a evolução pode ser visualizado melhora do processo inflamatório, lesão do conduto auditivo externo, e hematoma por impressão na membrana timpânica. Após melhora inflamatória, foi indicado timpanotomia exploradora podendo ser visualizado larvas mumificadas em contato com a membrana timpânica. Foi decidido pela limpeza do ouvido médio, realização de timpanoplastia e colocação de tubo de ventilação.

Discussão: O termo míase foi utilizado pela primeira vez por Hope, em 1840, para se retratar de uma patologia parasitária causada por larvas de moscas durante um determinado estágio de seu desenvolvimento, quando se nutriam de tecidos vivos, de animais e humanos. A míase é uma patologia causada por larvas de “moscas varejeiras” da espécie *Dermatobia hominis*. Ela pode afetar diversos órgãos e de forma menos comum o aparelho auditivo. A área geográfica mais prevalente são áreas quentes de clima tropical, e seu agente etiológico apresenta variações de uma região para outra. Dependendo do órgão acometido, a míase pode ser classificada em oftalmológica, nasofaríngea, cutânea, urogenital, oral e otológica. Dentre os fatores de risco da otomíase, as condições sanitárias tem um papel importante no desenvolvimento da doença, mas outros gatilhos como, natação em águas possivelmente contaminadas, diabetes mellitus, alcoolismo, otite média crônica ou histórico de cirurgias otológicas e baixo nível socioeconômico podem estar presente nesses casos. Não há consenso sobre o tratamento mais eficaz, entretanto, a terapia com permetrina tópica ou ivermectina oral, associada com a extração mecânica é a mais relatada. Dentre as possíveis complicações destacam-se as otites crônicas com possível extensão para osso temporal, pericondrite, destruição cartilaginosa e perfuração da membrana timpânica.

Comentários finais: Devido ao nosso clima tropical, a otomíase é prevalente em nosso meio, a qual se faz necessário mais estudos a respeito de sua patogênese e tratamentos. Como pode ser visto nesse relato, pode também acometer pacientes sem fatores de risco até hoje conhecidos. Ela não está restrita apenas a condições sanitárias precárias como se pensava. Novos métodos terapêuticos, como a ivermectina em pó tópica, necessita de mais estudos para comprovação de sua verdadeira eficácia.

Palavras-chave: otomíase; larvas varejeiras; fator de risco.

TCP76

RELATO DE CASO: COLESTEATOMA COMPLICANDO COM ABSCESSO CEREBELAR

Autor principal: BEATRIZ DIB GAIARIM

Coautores: LAYLA RIVA ISMAIL, LAIS SIQUEIRA DE MAGALHAES, CARLOS EDUARDO BORGES REZENDE, CAMILLA MARTINS GINACK, PRISCILA BOGAR, JOSE MAURICIO TERCÍ DE ABREU, AMANDA ANDRAUS SIMONIAN

Instituição: Faculdade de Medicina do ABC

Apresentação do Caso clínico: Paciente, masculino, 29 anos, previamente hígido, internado em unidade de terapia intensiva com hipótese diagnóstica de meningite bacteriana devido a cefaleia de forte intensidade, febre, tontura e vômitos em jato há 7 dias. Relatou episódios de otorreia à esquerda na infância, sem acompanhamento com especialista. Durante a internação, recebeu antibioticoterapia parenteral (meropenem, vancomicina e ampicilina), sem melhora, evoluindo com abscesso cerebelar à esquerda e mastoidite do mesmo lado. Frente ao quadro, o paciente foi encaminhado à Otorrinolaringologia, com acompanhamento em conjunto pela equipe de Neurocirurgia,

Ao exame físico apresentava secreção e lamelas epiteliais em orelha esquerda, sem alterações à direita. Quanto ao exame neurológico, o paciente apresentava nistagmo nistagmo semi espontâneo multidirecional.

Submetido a tomografia computadorizada de crânio, que evidenciou dilatação não hipertensiva dos ventrículos supratentoriais, sinais de craniotomia pregressa, bem como pneumoencéfalo em hemisfério cerebelar esquerdo. Diante da suspeita de otite média crônica colesteatomatosa com complicações intracranianas, foi submetido a drenagem do abscesso cerebelar à esquerda e mastoidectomia aberta ipsilateral, além da manutenção do esquema de antibioticoterapia.

Durante a internação, evoluiu com hidrocefalia comunicante e otorreia de difícil controle. A equipe de Neurocirurgia realizou derivação ventricular externa e, após um mês, derivação ventrículo-peritoneal. Recebeu alta estável, sem queixas ou intercorrências, vígil, parcialmente orientado, sem déficit neurológico focal, com pump de válvula occipital esquerdo funcionando.

Discussão: As otites médias crônicas possuem complicações que variam desde descontinuidade ossicular até acometimentos intracranianos. A incidência geral de abscesso intracraniano nos pacientes com otite média crônica varia de 0,21 a 2,9%, sendo a segunda complicação intracraniana mais comum das infecções de orelha média, logo após a meningite. Entretanto, quando consideramos abscessos cerebrais, temos que 33% dos casos advêm de otomastoidites, 10% de rinossinusites e 6% de meningites. Há divergências na literatura quanto ao local mais comumente afetado nos abscessos cerebrais; sendo os mais citados, o lobo frontal e o temporal.

O quadro clínico clássico de abscessos intracranianos contempla cefaleia de forte intensidade, febre, alterações do estado mental e sinais focais. Assim, a avaliação radiológica é imprescindível para estabelecer o diagnóstico e a conduta, sendo a tomografia computadorizada com contraste a modalidade de escolha. Quando disponível, deve-se solicitar ressonância magnética, uma vez que é capaz de detectar lesões encapsuladas com maior brevidade que a tomografia computadorizada.

Quanto ao tratamento, deve-se instituir antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro associada à remoção da fonte de infecção, seja por aspiração estereotáxica menos invasiva ou por drenagem propriamente dita do abscesso. Ainda, a mastoidectomia deve ser considerada diante de complicações intracranianas otogênicas.

Em se tratando da microbiologia envolvida nestes casos, os patógenos mais identificados são *Streptococcus* (34%), *Staphylococcus aureus* e bacilos gram negativos. A cultura do abscesso cerebelar do caso vigente obteve como resultado *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis* e KPC.

Comentários finais: A despeito da gravidade das possíveis complicações intracranianas, a taxa de mortalidade por abscesso cerebral diminuiu de 80% na era pré-antibiótica para 34% na era pós-antibiótica imediata. Assim, é de grande relevância realizar exames de imagem contrastados quando aventada a hipótese de abscessos intracranianos, a fim de um diagnóstico precoce e manejo adequado.

Palavras-chave: colesteatoma; abscesso cerebelar; otite média crônica.

TCP77

INTERNAÇÕES SUS PARA TRATAMENTO DE DOENÇAS DO OUVIDO EXTERNO, MÉDIO E MASTOIDE: 2015-2021 NO BRASIL**Autor principal:** DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH**Coautores:** VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA, JOSE LUIZ PIRES JUNIOR, GILBERTO DA FONTOURA REY BERGONSE, LETÍCIA OLIVEIRA DE MENEZES, JOANA LUÍZA ZIMMER, PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA, VICTÓRIA CENCI GUARIENTI**Instituição:** Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná

Objetivo: Análise estatística das internações através do Sistema Único de Saúde (SUS) em virtude de doenças do ouvido externo, médio e mastoide no Brasil (BR), de 2015 a 2021, adicionalmente avaliando o impacto da pandemia de COVID 19.

Métodos: Estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa das internações pelo SUS decorrentes de Doenças do Ouvido Externo, Médio e Mastoide no Brasil, de 2015 à 2021. Foram coletados do DATASUS-TabWin, através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), os dados relativos às internações que, posteriormente, foram tabulados no programa Excel 2013.

Resultado: O número de internações SUS por doenças do ouvido externo, médio e mastoide no BR tiveram aumentos progressivos de 2015 a 2019, com 6617 (2015), 7290 (2016), 8308 (2017), 8581 (2018) e 10221 (2019). Entretanto desde 2020 até 2021 os registros evidenciaram um decréscimo para 6031 em 2020 e 5700 procedimentos em 2021.

Discussão: O ouvido divide-se anatomicamente em externo, médio e interno, assim como suas enfermidades. As otites são as afecções otológicas mais comuns, com a possibilidade de extrapolar os limites anatômicos e estabelecerem complicações por extensão direta da infecção para estruturas adjacentes intracranianas e/ou ósseas como o osso temporal em sua porção mastoidea, repercutindo em agravamento do quadro. As otopatias não estão entre as principais causas de internação no Brasil e são em grande parte benignas, porém devem ser consideradas relevantes pela grande incidência em crianças, por questões anatômicas e imunológicas, e também pela elevada morbidade quando complicadas. Na análise realizada identificou-se uma tendência de aumento no número de internações por doenças do ouvido externo, médio e mastoide no BR de 2015 a 2019, com um acréscimo de pouco mais de 35%. Entretanto durante o período de pandemia por COVID 19, que abarca os anos de 2020 e 2021, até o momento, depara-se com uma redução de 41% de 2019 para 2020 e de aproximadamente 44% de 2019 para 2021. Infere-se que o decréscimo no número de internações por afecções do ouvido e mastoide no período pandêmico pode estar relacionado ao uso de máscara, ao afastamento das atividades escolares, laborais e dos demais ambientes de contato interpessoal, repercutindo na redução do número de infecções de via aéreas superiores e consequentemente nas suas complicações.

Conclusão: Os números de hospitalizações por doenças do ouvido externo, médio e mastoide no Brasil não são altamente expressivos, visto que há controle das principais otopatias com antibióticos à nível ambulatorial, reduzindo consequentemente as suas complicações. Entretanto, apesar de pouco expressiva, houve redução ainda maior dessas internações durante a pandemia de COVID 19, provavelmente devido a dificuldade da circulação dos patógenos de vias aéreas superiores com o distanciamento social e uso de máscara. Porém em relação aos quadros crônicos, a redução de internação provavelmente se deu pela restrição de procedimentos eletivos nesse período. Apesar das várias inferências se faz necessário ainda um acompanhamento a longo prazo para avaliar melhor o impacto da pandemia nessas internações, já que a mesma ainda está em curso.

Palavras-chave: ouvido externo; ouvido médio; mastoide.

Autor principal: RENAN GOMES VIANA NIERO

Coautores: IARA MARTINEZ GONCALVES, LEONARDO MARINHO PORTES, LUDMILA MELO DA SILVA CARDOSO, JAQUELINE ALTOÉ, JOÃO PAULO BISPO GONÇALVES, TAIS FERREIRA VILELA, OSMAR CLAYTON PERSON

Instituição: Universidade Santo Amaro (UNISA)

Apresentação do caso: Masculino, 22 anos. Queixa de otorreia fétida bilateral recorrente desde lactente. Hipoacusia bilateral, pior à esquerda, desde a infância e atraso no desenvolvimento da fala. Não faz uso de AASI. Apresenta déficit cognitivo com diagnóstico prévio de Síndrome de Kabuki (SK). Ao exame físico observou-se face típica de SK e perfuração timpânica central em orelha direita. Membrana timpânica esquerda íntegra. Condutos auditivos externos tortuosos com protrusão de parede anterior bilateralmente. TC de ossos evidenciou sinais de partição incompleta da cóclea do tipo 2, não sendo identificado o modíolo bilateralmente. Alargamento do aqueduto coclear esquerdo (Mondini). Audiometria mostrou perda auditiva sensorioneural moderada à direita e mista profunda à esquerda.

Discussão: A Síndrome de Kabuki (SK) é uma anomalia congênita rara e de causa desconhecida. Seu diagnóstico é realizado a partir de características morfológicas identificadas no exame físico, sobretudo a “Pêntade de Niikawa”: fâcias típica, anomalias esqueléticas, retardo mental leve a moderado, retardo do desenvolvimento pós-natal e alterações dermatoglíficas. O diagnóstico é clínico, não havendo marcador genético específico. A disfunção auditiva não é rara na SK, podendo haver deficiência auditiva condutiva, sensorioneural ou mista. A Displasia de Mondini (DM) é uma alteração na formação do labirinto, que gera perda auditiva sensorioneural. Trata-se de anormalidade na formação das cápsulas óticas com atraso no desenvolvimento do modíolo da cóclea. Há formação de somente um giro e meio da cóclea. Pode estar associada a agentes químicos (talidomida) ou infecções teratogênicas. A DM bilateral é uma condição rara.

Comentários finais: A associação da SK e a DM é condição raríssima. Indivíduos com SK merecem investigação otorrinolaringológica minuciosa, pois podem apresentar perda auditiva associada às demais malformações, podendo o diagnóstico ser dificultado pelo retardo mental. A descrição desses casos é relevante para que os otorrinolaringologistas fiquem atentos à identificação de novos casos.

Palavras-chave: síndrome de Kabuki; Mondini.

TCP79

RECRUDESCÊNCIA DA MASTOIDITE COALESCENTE E NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO PRECOCE RELATO DE CAS**Autor principal:** LEIDIANY ALVES DE AMORIM**Coautores:** MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO, MARIA LUIZA VERONESE BAZZO, RAUL IVO AURELIANO NETO, VICTOR HUGO TETILLA MOREIRA, TARCÍSIO REDES XAVIER, RAYNA FERRER DE SOUZA GONÇALVES**Instituição:** Hospital Otorrino de Cuiabá

Apresentação do caso: J.L.A.S, 53 anos, masculino, renal crônico, diabético e hipertenso. Transplantado há 03 anos. História de otalgia de forte intensidade, unilateral, com duração de 2 semanas. Evoluiu com vertigem e náuseas, sem melhora com tratamento clínico. Deu entrada na emergência com febre de origem indeterminada, tontura incapacitante, vômitos e uremia. Realizada a antibioticoterapia (ATB) endovenosa e suporte clínico, porém evolui com febre persistente. TC de mastóide evidencia otomastoidite à esquerda. Nega otites prévias. Submetido à Timpanomastoidectomia de cavidade aberta. Evolui com melhora importante do quadro clínico no pós-operatório.

S.P., 83 anos, diabético e renal crônico, deu entrada na emergência com quadro de sepse apresentando confusão mental, uremia e hiperglicemia. Realizado ATB endovenosa e suporte clínico por 24 horas sem melhora. TC mastóide evidencia otomastoidite à esquerda. Submetido a Timpanomastoidectomia de cavidade aberta evoluindo com resolução do quadro infeccioso e melhora clínica importante no pós-operatório imediato.

D.A., 40 anos, nega comorbidades. Primeiro episódio de OMA supurativa, unilateral, sem resposta com ATB oral e endovenosa, persistente, por 03 semanas. TC de mastóide revela velamento com densidade de partes moles da orelha média e coalescência das células na ponta da mastóide. Ao exame físico, perfurações múltiplas na membrana timpânica, ipsilateral, e secreção purulenta. Realizado timpanomastoidectomia de cavidade aberta e evolução clínica favorável e resolutive.

Discussão: Todos os pacientes foram internados para efetuar antibioticoterapia endovenosa devido ao agravamento do quadro clínico e risco de complicações, como também, realizado exames radiológicos que confirmaram o diagnóstico de mastoidite coalescente. Foi realizado antibioticoterapia por 48 horas sem melhora clínica, sendo assim, realizado o tratamento cirúrgico.

A presença de efusão e aparecimento súbito de sinais e sintomas de inflamação do muco-periósteo da orelha média, sendo de etiologia viral ou bacteriana é sugestiva de Otite Média Aguda (OMA). É uma das patologias mais frequentes em idade pediátrica, afetando mais de 85% das crianças até aos 10 anos de idade, com maior incidência entre os seis e os 11 meses.

A evolução favorável com resolução espontânea ocorre na maioria dos quadros de OMA. Estudos mostram melhora dos sintomas em 60% dos pacientes em 24 horas e ausência dos sintomas em 80% dos pacientes em três dias. O conteúdo na orelha média após o quadro OMA, é ocorrência normal a presença de efusão que vai reduzindo em quantidade de 65% em 2 semanas, 40% em 1 mês e até 25% em 03 meses.

Estudos retrospectivos demonstram que 36-87% dos pacientes com mastoidite aguda foram tratados com antibióticos na OMA antes do desenvolvimento desta complicação. O uso inadequado de antibióticos tem demonstrado o aumento da resistência bacteriana.

Comentários finais: A antibioticoterapia e a melhoria dos cuidados de saúde diminuíram drasticamente a incidência da mastoidite coalescente e é uma complicação rara da otite média aguda. Porém, na última década, assistiu-se ao recrudescimento da doença. Contrariamente aos dados da literatura, que nos informa incidência maior em crianças, em nosso serviço foram diagnosticados três casos de Mastoidite Coalescente, em adultos. Nas situações de suspeita de complicações ou ausência de melhora às 48h de antibioticoterapia, deve-se realizar exames radiológicos que auxiliam no diagnóstico diferencial. A conduta cirúrgica sempre nos casos de mastoidite coalescente contribui para melhora clínica importante e diminuição do risco de invasão intracraniana.

Palavras-chave: mastoidite coalescente; complicações de mastoidite aguda; infecção do ouvido médio; .

TCP710

SURDEZ SÚBITA BILATERAL EM PACIENTE COM DOENÇA DE BEHÇET.**Autor principal:** ISABELA GOMES MALDI**Coautores:** PEDRO IVO MACHADO PIRES DE ARAUJO, CÁRITA LOPES MACÊDO, VICTORIA FRANCO GONCALVES, JÚLIA RAMOS DE MELO, HUGO VALTER LISBOA RAMOS, LEANDRO CASTRO VELASCO, CLAUDINEY CANDIDO COSTA**Instituição:** CRER

Apresentação do caso: Paciente A.S.S, 47 anos, sexo masculino, procurou o atendimento com especialista após um quadro de surdez súbita à direita com evolução de 4 dias. Negava demais sintomas otorrinolaringológicos. Exame otológico sem alterações. Na audiometria apresentava perda auditiva sensorioneural severa à direita e perda auditiva sensorioneural leve e restrita às frequências agudas à esquerda. Iniciou-se tratamento com corticosteroide oral e intratimpânico (3 sessões), aciclovir e pentoxifilina. Não apresentou melhora auditiva e, após 40 dias, evoluiu com hipoacusia à esquerda. Exame físico otoneurológico dentro da normalidade. Nova audiometria confirmou perda auditiva sensorioneural moderadamente severa em ambos os ouvidos. Timpanometria com curvas do tipo A e ausência do reflexo estapediano bilateralmente. Realizou ressonância magnética de crânio e tomografia de ossos temporais, ambos sem alterações. Iniciou-se a pesquisa laboratorial de autoimunidade e encaminhou-se o paciente para avaliação reumatológica. Na história pregressa, ele apresentava úlceras orais de repetição e uma internação por meningite e artrites ainda na adolescência. Levantou-se a possibilidade de Doença de Behcet após, além quadro previamente explicitado, positividade do teste de patergia. Iniciado o tratamento direcionado e após um ciclo de pulsoterapia com metilprednisolona e 10 sessões de oxigenoterapia hiperbárica, paciente retornou com melhora dos sintomas audiológicos e com audiometria demonstrando perda auditiva neurosensorial moderada plana à direita e rebaixamento leve a moderado dos limiares auditivos a partir de 3000Hz na orelha esquerda.

Discussão: A doença de Behcet é uma vasculite sistêmica de caráter autoimune, caracterizada principalmente pela tríade de úlceras orais, úlceras genitais e uveíte. Além disso, os sistemas nervoso central, cardiovascular, pulmonar e gastrointestinal podem ser comprometidos. O seu diagnóstico é primordialmente clínico, provas inflamatórias podem ser inespecíficas, mas o teste de patergia positivo corrobora para a confirmação. Acredita-se que o acometimento do aparelho audiovestibular se dá principalmente por lesões na cóclea, quando comparado ao sistema vestibular, evoluindo substancialmente com perda auditiva neurosensorial. Geralmente, a fisiopatologia consiste no acometimento direto da artéria coclear, ou ainda, uma própria neurite do nervo coclear decorrente do processo inflamatório crônico promovido pelas doenças autoimunes sistêmicas. Nos casos do acometimento audiológico o antígeno HLA-B51 pode estar positivo. O tratamento da doença consiste no quadro clínico e nas principais queixas do paciente, em casos mais graves é recomendado pulsoterapia com corticosteroides ou agentes imunossuppressores e quando refratários o uso de imunobiológicos pode ser indicado.

Comentário finais: Este relato de caso descreve um paciente portador, até então não diagnosticado de Doença de Behcet, que evoluiu com perda auditiva súbita bilateral e apresentou melhora após diagnóstico e tratamento individualizado. Reforça-se, portanto, a importância da investigação etiológica em quadros de surdez súbita bilateral. Tal Apresentação pouco usual de surdez pode estar relacionada a doenças sistêmicas, como as doenças autoimunes.

Palavras-chave: perda auditiva; autoimune; doença de Behcet.

TCP711

SCHWANNOMA DE NERVO FACIAL EM FORAME JUGULAR: DA PARÓTIDA ATÉ A CISTERNA DO ÂNGULO PONTOCEREBELAR**Autor principal:** HEMILY IZABEL ALVES NEVES**Coautores:** JOEL LAVINSKY, PAULO VALDECI WORM, VIRGILIO GONZALES ZANELLA, MARINA PAESE PASQUALINI, VITOR HUGO PEIJO GALERANI, ARTUR KOERIG SCHUSTER, LUCAS RODRIGUES MOSTARDEIRO**Instituição:** Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Apresentação do caso: A.I.Q., 71 anos, sexo feminino - Relato de AVCi em 2015, apresentando consequente hemiparesia à direita. Após o evento, apresentou melhora progressiva da força em membros, porém persistiu com paralisia facial ipsilateral. Em 2019 iniciou quadro de otalgia, hipoacusia progressiva e abaulamento parotídeo à direita. Em 2020 realizou biópsia da lesão parotídea, com aspecto histológico e imunohistoquímico compatível com Schwannoma, sendo encaminhada para avaliação em centro de referência. Ao exame, apresentava cofose em ouvido direito confirmada por audiometria e paralisia facial grau VI na classificação de House-Brackmann. Submetida a exames de ressonância magnética e tomografia computadorizada de crânio, que evidenciou: "Lesão expansiva em lobos superficial e profundo da parótida direita com realce heterogêneo pelo contraste, medindo cerca de 5,5 x 4,7cm, com invasão da mastóide ipsilateral, parte do conduto auditivo externo e preenchimento da orelha média pela formação expansiva. Extensão intracraniana através do forame jugular, até porção inferior do seio sigmóide direito, além de obliteração do terço cranial da veia jugular interna direita e contato com porção cervical da artéria carótida interna direita".

Discussão: O Schwannoma do nervo facial é uma patologia rara, que pode apresentar-se na forma de doença extra-temporal ou intra-temporal, sendo esta última menos frequente (10% dos casos). Pacientes acometidos podem apresentar sinais e sintomas diversos, sendo o mais comum a paresia ou paralisia do território motor do nervo facial. Quando tumor se manifesta em topografia extratemporal, pode apresentar-se na forma de massa parotídea de crescimento lentamente progressivo, indolor, clinicamente semelhante ao adenoma pleomórfico. O diagnóstico pré-operatório é desafiador, já que a PAAF (punção por agulha fina) e RMN podem apresentar dados inconclusivos, fazendo com que o diagnóstico definitivo muitas vezes seja obtido apenas no intraoperatório ou com a avaliação histopatológica da peça cirúrgica. Eleva-se a suspeição intraoperatória de um schwannoma de facial quando a respectiva lesão parotídea apresenta-se fortemente aderida ao nervo facial, com dificuldade na sua ressecção e através da observação da atividade muscular quando o tumor é eletricamente estimulado.

O tratamento cirúrgico está geralmente indicado para pacientes com maior comprometimento da função motora do facial, classificação de House-Brackmann III ou pior. Em pacientes com grau HB I ou II pode-se recomendar a observação clínica devido à elevada morbidade relacionada ao procedimento cirúrgico. O comprometimento pós-operatório do nervo facial é frequente em pacientes submetidos à cirurgia. Em alguns casos é possível a realização de reconstrução do nervo, porém a presença, o grau e a duração da paralisia facial pré-operatória parecem ser os principais fatores prognósticos para uma boa recuperação funcional. A radioterapia é outra opção de tratamento que pode ser indicada para pacientes sem condições clínicas para cirurgia e HB III ou pior.

Comentários finais: O Schwannoma do nervo facial é uma lesão pouco frequente, porém deve ser considerada como diagnóstico diferencial em paralisias faciais com características periféricas e em massas parotídeas. Sua abordagem cirúrgica atualmente está reservada para pacientes com significativa disfunção do nervo facial ou com iminentes complicações intratemporais ou intracranianas graves.

Palavras-chave: schwannoma intraparotídeo; base do crânio; nervo facial.

TCP712

UMA ANÁLISE SOBRE A REALIZAÇÃO DE IMPLANTE COCLEAR NOS ÚLTIMOS 10 ANOS NO BRASIL**Autor principal:** CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS**Coautores:** THAIS NATIVIDADE DOS REIS, LUCAS DA SILVA VINAGRE, ARILSON LIMA DA SILVA, MARILIA SANTA BRIGIDA SILVA JORGE, RÔMULO EVANDRO BRITO DE LEÃO, LEONARDO MENDES ACATAUASSU NUNES**Instituição:** *Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic*

Objetivos: Analisar o quantitativo total e por ano de implante coclear realizado pelo Sistema Único de Saúde no Brasil entre as regiões e unidades federativas do Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um estudo ecológico descritivo, de série temporal, realizado com as quantidades aprovadas de implante coclear de junho de 2012 a junho de 2022 com dados obtidos no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Resultados: Em 10 anos, foram aprovadas mais de 5 mil cirurgias para realização de implante coclear no Brasil, sendo a região sudeste a pioneira com 3 mil, a região nordeste com 1 mil e 275, a região sul com 540, a região Centro-Oeste com 237 e a região norte com o menor número de aprovações com 15. Além disso, nota-se que o ano de 2015 foi o que obteve um resultado elevado de solicitações e o menor deles foi em 2022.

Discussão: O implante coclear (IC) é indicado para pacientes com perdas auditivas severas ou profunda e que não obtiveram benefícios com a prótese auditiva. Além disso, o IC tem como objetivo ampliar o som através do estímulo direto eletricamente das fibras nervosas do nervo auditivo ao longo da cóclea de acordo com o campo acústico externo ao paciente, sendo assim, melhorando a qualidade da saúde auditiva dos pacientes que realizaram este procedimento e identificação dos sons através desse estímulo. Com isso, observa-se a importância dos dados obtidos acima, onde demonstram o quanto este procedimento é benéfico para as pessoas com deficiência auditiva e o quanto ainda pode ser ampliado nas regiões, é válido ressaltar a diferença de aprovações da região Norte para região Sudeste, o que demonstra uma desigualdade e menos beneficiados por essa tecnologia.

Conclusão: Por fim, após a análise dos dados verificou-se uma distribuição desproporcional de aprovações deste procedimento nas regiões do país, sendo assim, ressalta a relevância da isonomia para obter um aumento de beneficiários do implante coclear.

Palavras-chave: implante coclear; Brasil; Sistema Único de Saúde.

TCP713 ALTERAÇÕES ANATÔMICAS E FUNCIONAIS NO SISTEMA AUDITIVO NA SÍNDROME HARTSFIELD

Autor principal: RAFAEL HADDAD CHECHIN

Coautores: GLÁUCIA GONÇALVES RAINERI, GIOVANNI CAPOANI MONDELLI, JERUSA ROBERTA MASSOLA DE OLIVEIRA

Instituição: HRAC/USP

Apresentação do caso: criança de seis anos de idade do sexo masculino com diagnóstico de Síndrome Hartsfield, atendida em serviço de saúde auditiva. O método de coleta de dados foi a análise dos dados da avaliação otorrinolaringológica e audiológica do sistema auditivo, por meio de entrevistas e dos Resultados dos exames físicos e instrumentalizados contidos em documentação hospitalar. Na história pregressa os pais revelam alteração na triagem auditiva neonatal, todavia não havia referência de comportamento hipoacúsico, otalgia, otorreia e cirurgia otológica, mas manifestação de irritabilidade em ambientes ruidosos. Para estabelecer a comunicação a criança utiliza a linguagem gestual. Observou-se na avaliação das condições otológicas alteração anatômica da orelha direita tendo microtia de pavilhão auricular de grau 1 e na orelha esquerda microtia de pavilhão auricular grau 2, ambas como estenose de meato acústico externo e membrana timpânica íntegra. Como alteração funcional os exames audiológicos

Objetivos e subjetivos como Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico, Emissões Otoacústicas e Audiometria Tonal Liminar trazem Resultados que conduzem ao diagnóstico audiológico que acusa deficiência auditiva do tipo condutiva bilateral. Em decorrência foi tomada a decisão por reabilitação auditiva com aparelho de amplificação sonora convencional com sistema de acoplamento molde auricular do tipo concha escavada em material silicone para melhor ajuste a anomalia de orelha externa existente. Atualmente, a criança realizou cirurgias plásticas e funcionais para reparação da fissura labiopalatal.

Discussão: a síndrome genética Hartsfield é designada como anomalia rara ocorrendo, predominantemente, em homens, tendo como principais achados clínicos, a holoprosencefalia e a ectrodactilia. A fissura labiopalatal e as anomalias de orelha são achados pouco documentados na literatura, mas é necessário expandir essa informação aos profissionais da otorrinolaringologia e das áreas correlatas para destacar que tais achados acarretam consequências sensoriais e perceptuais no sistema auditivo. No caso documentado, a manifestação otológica da síndrome de Hartsfield foi alteração anatômica ao nível da orelha externa e média e consequente prejuízo na acuidade auditiva devido à dificuldade de transmissão do som.

Comentários finais: descrever as alterações anatômicas e funcionais no sistema auditivo de um caso clínico com diagnóstico genético de Síndrome Hartsfield no meio científico é oportuno para aplicabilidade na avaliação e diagnóstico clínico, diagnóstico preciso e reabilitação auditiva precoce.

Palavras-chave: Hartsfield; sistema auditivo; deficiência auditiva.

TCP714

MANIFESTAÇÃO OTOLÓGICA DECORRENTE DA COVID-19: RELATO DE CASO**Autor principal:** JESSICA GENOVEVA BOLINE PASSARELLI CAPAZ PINTO DA SILVA¹**Coautores:** FABIO ALESSANDRO PIERI¹, LEANDRO FERNANDES LEMOS², EMERSON MONTEIRO RODRIGUES³**Instituição:** *Universidade Federal de Juiz de Fora*

1) Universidade Federal de Juiz de Fora, Avenida Moacir Paleta, 1167, São Pedro, Governador Valadares, MG, Brasil

2) Universidade Federal de Minas Gerais, Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 - Pampulha, Belo Horizonte, MG, Brasil.

3) Residência em Otorrinolaringologia do Hospital de Servidores dos Estados do Rio de Janeiro; Hospital Bom Samaritano de Governador Valadares, Rua Ranulfo Álvares de Almeida, 1620 - Vila Isa, Governador Valadares, MG, Brasil.

Apresentação do caso: Mulher, 28 anos, hígida, com teste positivo para o novo coronavírus em julho/2020, evoluiu com tinnitus (súbito, bilateral, contínuo) no quinto dia de infecção, associado a otalgia em ouvido direito e estalidos ao deglutir. No sétimo dia de COVID-19, foi submetida a exame otológico, demonstrando conduto auditivo externo e membrana timpânica intactos em ambos os lados. A audiometria revelou sensibilidade auditiva normal bilateral. A pontuação de reconhecimento de fala foi de 100% em ambas as orelhas. A timpanometria foi tipo A e os reflexos acústicos estavam presentes. O quadro álgico melhorou em poucos dias. A paciente fez uso de corticóide tópico nasal, terapia sonora e uma série de medicações (Flunarizina, Betaistina, Clonazepam, Ciclobenzaprina, Tenoxicam e suplementação vitamínica do complexo B) em um período de dois anos, mas sem sucesso de cura do zumbido, o qual permanece até a presente data. Em janeiro de 2022 foram realizadas audiometria, impedanciometria, PEATE, otoemissões e ressonância magnética dos ouvidos no intuito de reavaliar, todos apresentaram-se dentro do padrão de normalidade.

Discussão: O zumbido consiste em um sintoma com múltiplas causas. Descarta-se neste caso doenças congênitas, neoplásicas, traumas e doenças metabólicas, a partir dos exames complementares que foram realizados no período de 24 meses, bem como diante de medidas dietéticas adotadas, como redução de ingestão de açúcar, cafeína, chás. A possibilidade de uso de medicações ototóxicas também não é plausível, já que a paciente não utilizou próximo ou durante o período de infecção pelo novo coronavírus nenhuma medicação com tal efeito. Acerca das infecções virais com potencial de causar tinnitus, todas sorologias foram negativas. Não há relato de contaminação por dengue, zika, chikungunya, sarampo, herpes-zoster e infecção de vias aéreas nos meses que antecederam o contágio pelo coronavírus.

Comentários finais: Estudos demonstraram diferentes repercussões otológicas da COVID-19 com possibilidade de acometer estruturas sensoriais e mecânicas do sistema auditivo. O presente relato clínico relaciona o zumbido como uma das possíveis sequelas da COVID-19. Assim, as consequências otorrinolaringológicas devem ser mais bem estudadas para que as condutas médica e fonoaudiológica sejam melhores direcionadas, já que o conhecimento sobre a COVID-19 e sobre seu real impacto no sistema auditivo ainda é bem limitado.

Palavras-chaves: zumbido, tinnitus, COVID-19.

TCP715

DISPLASIA FIBROSA DE OSSO TEMPORAL CURSANDO COM PERDA AUDITIVA CONDUTIVA: RELATO DE CASO**Autor principal:** HENRIQUE DE ALMEIDA FRIEDRICH**Coautores:** RAQUEL GONÇALVES BESSA, RICARDO DOURADO ALVES, LARISSA DE OLIVEIRA LIMA SANTOS, MARCO TÚLIO SOLANO MATOS, THALLISSO MARTINS DA SILVA RODRIGUES, TÚLIO BASSOLI**Instituição:** *Hospital do Servidor Público Municipal*

Apresentação de Caso: E.S.S, feminino, 49 anos, queixando de perda auditiva iniciada em 2010, com diversas audiometrias evidenciando disacusia condutiva com gap aéreo-ósseo de cerca de 20 a 30 dB nas frequências graves. Última audiometria de 2019 mostrando ouvido esquerdo com perda auditiva condutiva e gap aéreo-ósseo de 15-20dB e ouvido direito com gap de 10-15dB, boa discriminação de fala e ausência de reflexo estapediano bilateralmente. Paciente relatava também sintomas de disfunção de articulação temporomandibular e história familiar de osteogênese imperfeita e casos de múltiplas fraturas. Inicialmente foi aventada a hipótese diagnóstica de otosclerose, e solicitada tomografia computadorizada de ouvido interno e nova audiometria. Após resultado de tomografia demonstrando obliteração de células da mastoide direita, associada a conteúdo em vidro-fosco e hipoatenuante na topografia de osso temporal, exercendo efeito insuflativo e se estendendo à região posterior e lateral direita do osso occipital, sem determinar erosão da cortical, sugerindo possibilidade de displasia fibrosa medindo 5,1x3,3x4,8cm, foi diagnosticada com displasia fibrosa de osso temporal à direita, não descartando a possibilidade de otosclerose associada, e indicada protetização auditiva bilateral.

Discussão de caso: A displasia fibrosa é um distúrbio ósseo benigno e progressivo de origem desconhecida na qual o osso normal é substituído por tecido fibrótico e trabeculado ósseo desorganizado. Esta doença foi classificada em três variantes: a forma monostótica, que acomete somente um osso, a poliostótica, que acomete mais de um osso, e a síndrome de Albright. Ocasionalmente acomete o osso temporal, com predominância unilateral associando-se à perda auditiva do tipo condutivo secundário a compressão do conduto auditivo externo. Em relação ao sexo, a proporção de pacientes com displasia fibrosa do temporal é predominante no homem de 2: 1. A principal raça acometida é a branca com 80%. O diagnóstico é dado pelo exame radiológico que demonstra aspecto característico de “vidro-fosco” homogêneo envolvido por uma concha de tecido cortical denso. Quando a displasia fibrosa é acompanhada por sintomas clínicos significantes, o tratamento cirúrgico é recomendado.

Comentários finais: A displasia fibrosa é uma patologia benigna incomum de etiologia desconhecida, que raramente pode acometer osso temporal. A doença pode afetar ossos da face e do crânio, causando deformidades e disfunções e pode apresentar-se de diferentes formas, limitando-se ao osso temporal ou acometendo estruturas adjacentes. Por ser incomum, e cursar com perda auditiva condutiva como diversas outras patologias, o diagnóstico torna-se difícil, sendo necessário exame otorrinolaringológico completo, além de exames de imagem e grande suspeição em pacientes com perda condutiva e estenose de conduto auditivo externo.

Palavras-chave: displasia fibrosa; osso temporal; perda condutiva.

TCP716

MASTOIDITE ESCAMOZIGOMÁTICA À DIREITA - UM RELATO DE CASO**Autor principal:** LUCAS CORREIA PORTES**Coautores:** GILBERTO DA FONTOURA REY BERGONSE, TRISSIA MARIA FARAH VASSOLER, ANDRE LUIZ DE ATAIDE, ANA LUIZA CAMARGO, LEILA ROBERTA CRISIGIOVANNI, RUBIANNE LIGORIO DE LIMA, GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA**Instituição:** Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná

Apresentação do caso: Paciente masculino, A.R.O, 25 anos de idade, refere que há 3 semanas tomou banho de rio e iniciou com otalgia à direita, de moderada intensidade, evoluindo, há 1 semana, com cefaleia, otorreia, edema de região temporal e arco zigomático, disfagia, odinofagia e trismo também à direita. Foi atendido em Unidade de Pronto Atendimento em que foi realizada tomografia de crânio que evidenciou extensas coleções de tecidos moles em região temporal direita envolvendo a musculatura temporal e masseter de provável natureza inflamatória e infecciosa. Recebeu antibioticoterapia com Ceftriaxona e Clindamicina e analgesia e foi encaminhado ao serviço de Otorrinolaringologia. Ao exame físico, otoscopia com conduto normocorado, membrana timpânica íntegra opaca a direita, ausência de otorreia; à oroscopia apresentava trismo, mucosa normocorada e hidratada amígdala grau 1 (Escala de Brodsky); rinoscopia sem particularidades. À inspeção de região facial notou-se presença de abaulamento de partes moles em região pré-auricular, temporal e de arco zigomático à direita associado a flutuação durante palpação, compatível com abscesso. Foi submetido a mastoidectomia aberta e drenagem do abscesso em centro cirúrgico, com retirada de aproximadamente 150 mililitros de secreção purulenta. Realizada sutura de epiderme local e deixado 3 drenos de penrose para drenagem e acompanhamento.

Discussão: A mastoidite escamozigomática é uma das formas de Apresentação atípica da infecção da mastoide, na qual há propagação por contingência do processo inflamatório ao arco zigomático. Há também a projeção da infecção na porção escamosa do osso temporal, que pode fistulizar e produzir um abscesso no músculo temporal. A coleção pode se estender por toda a loja temporal e tensionar a pele e estruturas adjacentes. Os patógenos mais frequentes nesse sítio de infecção são *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* e *Haemophilus influenzae*, respectivamente. Sua Apresentação clínica mais característica consiste em dor, hiperemia e edema da região retroauricular, muitas vezes associado a protrusão do pavilhão auricular. O tratamento dessa patologia é feito com procedimento cirúrgico para drenagem do abscesso associado a antibioticoterapia. Já com relação aos exames complementares, a ressonância magnética é mais indicada para investigação de abscessos, podendo auxiliar na visualização de necrose tecidual, inflamação local e acometimento de fáscia muscular. Apesar disso, o exame mais pedido na maioria dos serviços é a tomografia computadorizada, pois é de mais fácil acesso e por também conseguir evidenciar a extensão da infecção, sendo utilizada para programar as drenagens em centro cirúrgico.

Comentários finais: A mastoidite escamozigomática é uma patologia rara, e deve ser conduzida rapidamente pois pode cursar com complicações graves, como a osteomielite temporal. No caso mencionado, apesar de maior tempo de evolução, foi possível realizar o procedimento de drenagem sem perda funcional para o paciente, e o uso correto da antibioticoterapia permitiu melhor prognóstico e recuperação.

Palavras-chave: mastoidite escamozigomática; abscesso; complicação.

TCP717

SÍNDROME DE EAGLE ASSOCIADA A ZUMBIDO TRATADO COM SUCESSO COM CICLOBENZAPRINA**Autor principal:** JOÃO PAULO BISPO GONÇALVES**Coautores:** LUIZ RICARDO DE ANDRADE, BRUNA ALMEIDA SILVA, LEONARDO MARINHO PORTES, LUDMILA MELO DA SILVA CARDOSO, JAQUELINE ALTOÉ, IARA MARTINEZ GONCALVES, LUIGI FERREIRA E SILVA**Instituição:** UNISA Universidade Santo Amaro

Apresentação do caso: Feminino, 47 anos, comerciante e sem doenças prévias conhecidas. Queixa de dor em topografia de ouvidos há 4 meses, concomitante ao surgimento de zumbidos bilaterais do tipo chiado contínuo com maior incômodo à proporção do aumento da dor. Incômodo do zumbido 10 em escala analógica de 0 a 10. O exame otorrinolaringológico identificou dor à palpação de articulação tempo-mandibular bilateralmente, bem como em topografia cervical posterior. Otoscopia, oroscopia e rinoscopia anterior dentro dos padrões de normalidade. Audiometria tonal e vocal dentro dos parâmetros de normalidade (SRT 15/15 OD/OE). Imitanciometria com curvas do tipo "A" e reflexos acústicos presentes. Foi solicitada ressonância magnética de crânio, que evidenciou alongamento importante do processo estiloide do osso temporal, bilateralmente, sem outros achados. A paciente foi tratada com cetoprofeno (150 mg/dia) por 6 dias e ciclobenzaprina (10 mg após o jantar) por 60 dias. No 22º dia de tratamento, referia importante melhora, sendo que a escala analógica de incômodo do zumbido foi 4/10. Após 60 dias, a ciclobenzaprina foi reduzida para 5 mg/dia, sendo que a paciente permanece com baixo incômodo do zumbido (5/10). A paciente também foi avaliada por cirurgião buco-maxilofacial, que para o momento recomendou acompanhamento clínico da paciente diante da melhora clínica da dor e do zumbido, sintomas que a incomodavam.

Discussão: A Síndrome de Eagle é condição caracterizada pelo alongamento do processo estiloide do osso temporal, ou pela calcificação do ligamento estilo-hióideo, o que pode gerar sintomatologia dolorosa na região-cérvico-facial. A sintomatologia pode ainda estar atrelada a disfagia, odinofagia, otalgia, cefaleia, zumbido e trismo. O zumbido é um sintoma que pode estar associado a mais de 300 condições patológicas, a maioria relacionada à perda auditiva sensorioneural. Embora haja diferentes dados de prevalência do zumbido na literatura, acredita-se que até 30% da população possa esse sintoma. No presente caso, a paciente não apresenta perda auditiva e chama atenção a melhora clínica importante do zumbido com relaxante muscular. A ciclobenzaprina tem sido considerada na literatura como possibilidade terapêutica no tratamento e controle do zumbido, ainda mais considerando a ação gatilho da inervação sensitiva da face na geração ou aumento do zumbido, diante da inferência entre o V e VIII par cranianos.

Comentários finais: O zumbido continua sendo um sério problema para pacientes e otorrinolaringologistas. Muito embora haja inúmeros mecanismos fisiopatológicos relacionados à geração e percepção do sintoma, o alvo sempre é a possibilidade terapêutica eficaz. O uso de ciclobenzaprina no controle do zumbido ganhou força nos últimos anos e cada vez mais são relatados casos de sucesso na literatura. O aumento do arsenal terapêutico disponível para abordagem desse sintoma é benéfico aos médicos e configura potencial nas possibilidades para um sintoma de controle tão difícil. Aqui descreveu-se um caso de tratamento com sucesso, que pode contribuir na abordagem de outros casos semelhantes.

Palavras-chave: síndrome de Eagle; zumbido; disfagia.

TCP718

OTITE MÉDIA CRÔNICA COMPLICADA COM ABSCESSO INTRACRANIANO: UM RELATO DE CASO**Autor principal:** RYNAT DASAIEV OLIVEIRA CHAGAS**Coautores:** TÁRCIO EULER RIBEIRO MEDRADO, JULIO CEZAR SILVA SANTOS FILHO, HELISSANDRO ANDRADE COELHO**Instituição:** Hospital Santo Antônio - Obras Sociais Irmã Dulce

Apresentação do caso: Paciente, sexo masculino, 28 anos, cursa com quadro de febre, cefaleia, rebaixamento do nível de consciência e convulsões, sendo feito suspeita de meningite. Apresentava histórico de otorreia purulenta recorrente há 15 anos, sem acompanhamento com otorrinolaringologia. Quadro evoluiu com abscesso cerebral e realizado drenagem, sem resposta ao tratamento clínico anteriormente prescrito. Regulado para serviço especializado de otorrinolaringologia. À otoscopia esquerda visualizado perfuração central cerca de 15%, com secreção esverdeada de permeio e tecido inflamatório em região postero-superior, em retorno com imagens tomográficas decidido por abordagem cirúrgica.

Realizado mastoidectomia radical, com exploração do nervo facial e correção de estenose de conduto auditivo externo. Feito remoção de tecido inflamatório e doença que estavam recobrimdo toda a cavidade mastoidea, orelha média, ático, recesso supra tubário. Removida bigorna, martelo e estribo devido a erosão dessas estruturas associado a tecido inflamatório. Identificado material de aspecto colesteatomatoso em orelha média e mastoides e por fim, drenagem de secreção purulenta no teto da mastoide, exposto a dura-máter espeçada e hiperemiada

Laudo anatomopatológico identificou lesão em ouvido médio esquerdo compatível com colesteatoma, paciente evoluiu no pós operatório com melhora de otorreia, manteve cefaleia por cerca de 1 mês de pós operatório, tomografia de controle não evidenciou recidiva, segue acompanhamento conjunto com neurologia e otorrinolaringologia.

Discussão e Conclusão: A otite média crônica é um processo inflamatório da mucosa da orelha média de duração maior que 3 meses associada a quadros mais insidiosos, persistentes e destrutivos. O paciente descrito acima evoluiu com diversas complicações intracranianas de otite média, que apesar de serem menos comum são potencialmente mais graves

Este caso ilustra o potencial de gravidade das complicações associadas a otites médias crônicas, evidenciando a importância da brevidade no diagnóstico e correto acompanhamento do quadro.

Palavras-chave: otite; complicações; colesteatoma.

TCP719

O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NAS PRINCIPAIS CIRURGIAS OTOLÓGICAS PELO SUS NO BRASIL 2016-2021**Autor principal:** DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH**Coautores:** GILBERTO DA FONTOURA REY BERGONSE, TRISSIA MARIA FARAH VASSOLER, ANDRE LUIZ DE ATAIDE, RODRIGO GUIMARAES PEREIRA, LETÍCIA OLIVEIRA DE MENEZES, GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA, JOÃO PEDRO ORTEGA FUZETTI**Instituição:** Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná**Objetivo:** Análise estatística dos principais procedimentos cirúrgicos otológicos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o Brasil de 2016 a 2021, adicionalmente avaliando o impacto da pandemia de COVID 19.**Métodos:** Estudo descritivo transversal com base na abordagem quantitativa das internações pelo SUS para os principais procedimentos cirúrgicos otológicos no Brasil, de 2016 a 2021. Os registros foram coletados do sistema DATASUS-TabWin, através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e posteriormente filtrados os principais procedimentos otológicos tendo como base aqueles com maior número e relevância prática, com a seleção dos seguintes: Implante Coclear; Mastoidectomia Subtotal; Mastoidectomia Radical; Timpanoplastia Unilateral e Bilateral; Estapedectomia e Microcirurgia Otológica. Posteriormente os dados foram tabulados no programa Excel 2013.**Resultado:** Em relação aos registros relativos aos “Implantes Cocleares” houve uma crescente de 790 em 2016, 889 em 2017 e 902 em 2018, com redução discreta de 8 procedimentos para 2019 (894 implantes), porém um decréscimo considerável para 527 em 2020, e recuperação com 753 implantes em 2021. A “Mastoidectomia Subtotal” teve pequenas variações de 2016 a 2019, com 631 em 2016, 714 em 2017, 598 em 2018 e 597 em 2019, porém redução considerável para 297 em 2020 e 338 em 2021. Quanto a “Mastoidectomia Radical” também teve pouca variação de 2016 a 2019, com 1306, 1145, 1024 e 1134 cirurgias, respectivamente. Entretanto com queda expressiva para 589 procedimentos em 2020 e 674 em 2021. Em vista a “Timpanoplastia unilateral e bilateral” de 2016 a 2019 as cirurgias se mantiveram com número acima de 3000: 3753 (2016), 3658 (2017), 3322 (2018) e 3389 (2019), porém foi para 1592 em 2020 e 1693 em 2021. Das “Estapedectomias” estavam em tendência a decréscimo de 2016 a 2018, com 420, 361 e 337, respectivamente, com discreto aumento para 353 em 2019. Contudo, em 2020 foram registradas 154 estapedectomias e 209 em 2021. Quanto às “Microcirurgias Otológicas” estavam em aumento de 786 em 2016 para 956 em 2019, com 820 em 2017 e 953 em 2018, mas com queda para 425 em 2020 e 406 em 2021.**Discussão:** As cirurgias otológicas, cada uma com suas particularidades e as mais diversas indicações, são essenciais dentro das comorbidades e acometimentos que tratam, seja em relação a casos agudos, crônicos ou até mesmo congênitos. A decisão por abordar quantitativamente os principais procedimentos cirúrgicos otológicos de 2016 a 2021 não só nos dá uma noção do impacto durante a pandemia de COVID 19, que ainda está em curso, mas mostra como estava o cenário dessas cirurgias antes da pandemia. Vê-se que os implantes cocleares tiveram um decréscimo de 33% de 2016 para 2020, reduzindo para 4,7% de 2016 para 2021. As mastoidectomias subtotais tiveram queda em quase 53% de 2016 para 2020 e próximo a 46% para 2021. Já, as mastoidectomias radicais tiveram redução em praticamente 55% de 2016 para 2020 e 48% para 2021. Foi também maior que 50% o impacto de 2016 para 2020 e 2021 nas cirurgias de timpanoplastia, com 57,6% e 54,8%, respectivamente. As estapedectomias tiveram queda em aproximadamente 63% de 2016 a 2020 e 50% de 2016 a 2021. Nas microcirurgias otológicas, se viu um aumento de pouco mais de 21% de 2016 a 2019, e impacto próximo de 55% de 2019 a 2020 e 57% para 2021.**Conclusão:** Se vê um impacto negativo ocasionado pela pandemia de COVID 19 aos procedimentos otológicos, principalmente em 2020, o primeiro ano de pandemia. Preocupa o fato de que isso possa repercutir no seguimento das comorbidades, assim como no atraso da resolução dos quadros, podendo trazer prejuízos para os pacientes. Se faz necessário uma análise a longo prazo para verificar o real impacto e capacidade de recuperação durante e após a pandemia de COVID 19, que ainda não sabemos quando irá acabar.**Palavras-chave:** cirurgias otológicas; estatística; pandemia.

TCP720

GRANULOMA DE COLESTEROL GIGANTE EM ÁPICE PETROSO COM EXTENSÃO PARA FOSSA POSTERIOR: RELATO DE CASO**Autor principal:** JOEL LAVINSKY**Coautores:** LUCAS RODRIGUES MOSTARDEIRO, VITOR HUGO PEIJO GALERANI, ARTUR KOERIG SCHUSTER, HEMILY IZABEL ALVES NEVES, ISABEL SAORIN CONTE, MARINA PAESE PASQUALINI, GUSTAVO RASSIER ISOLAN**Instituição:** Santa Casa Misericórdia de Porto Alegre

Apresentação do caso: JEL, 20, previamente hígida, consultou devido à hipoacusia à direita. À otoscopia não se observava nenhum achado digno de nota. Ao exame de audiometria se observou uma perda sensorio neural em ouvido direito. Para elucidação do caso optou-se pela solicitação de uma tomografia computadorizada de ossos temporais com contraste, onde se observou extensão lesão hipodensa, circunscrita na topografia do ápice petroso à direita, com erosão óssea na parede posterior do ápice petroso, observando erosão da mesma, com invasão da lesão na fossa posterior com compressão do tronco encefálico contralateral a lesão se estendia até o conduto auditivo interno. Para melhor determinação de etiologia, e pensando-se em diagnósticos diferenciais, se optou pela realização de exame de Ressonância Nuclear Magnética, onde se observou realce da lesão em T2, sugerindo componente inflamatório. Foram levantadas as hipóteses diagnósticas de lesões neoplásicas, granuloma de colesterol e cisto epidermoide. Optou-se pela abordagem cirúrgica em dois tempos, a primeira transmastóidea se estendendo até o ápice petroso, sendo removida a lesão na sua totalidade, sem possibilidade de remoção neste tempo da lesão da fossa posterior. Num segundo tempo se optou pela abordagem retrossigmoidea, 5 dias após a primeira abordagem sendo removida a lesão na fossa posterior após a qual a paciente apresentou boa evolução pós-operatória, apresentando audição preservada no pós operatório imediato, com anatomopatológico com positividade para granuloma de colesterol, sem sinais de recidiva da lesão em acompanhamento pós operatório.

Discussão: Granuloma de Colesterol é caracterizado por ser uma lesão rara que ocorre devido a um processo inflamatório crônico, com formação de granuloma, em torno de cristais de colesterol. Ocorre tipicamente em jovens com história clínica de otite média crônica. Costuma cursar com cefaleia, hipoacusia, otalgia e vertigem. No caso apresentado o paciente apresentou apenas hipoacusia, o que se mostrou desafiador para o diagnóstico definitivo, em outros casos o paciente pode apresentar além de sintomas otológicos, uma síndrome de hipertensão intracraniana e de liberação piramidal, não sendo, geralmente nestes casos, a primeira avaliação pelo otorrinolaringologista. O manejo ainda permanece controverso na literatura, alguns autores defendem somente a drenagem da lesão enquanto outros a remoção completa da lesão. No caso apresentado se optou pela ressecção completa da lesão.

Comentários finais: Granuloma de colesterol se mostra como uma complicação rara de ápice petroso que pode acabar necessitando de intervenção otorrinolaringológica e até mesmo neurocirúrgica. Essa lesão deve sempre ser suspeitada com diagnóstico diferencial de tumores de base de crânio. Deve-se sempre atentar na avaliação inicial dos pacientes que procuram atendimento por hipoacusia na avaliação adicional do mesmo, para não haver falha diagnóstica em relação a este tipo de lesão e consequente tratamento adequado.

Palavras-chave: neoplasias da base do crânio; granuloma; perda auditiva.

TCP721

MÉNIERE-LIKE EM MENINGIOMA CAUSANDO COMPRESSÃO DO SACO ENDOLINFÁTICO: RELATO DE CASO**Autor principal:** JOEL LAVINSKY**Coautores:** LUCAS RODRIGUES MOSTARDEIRO, GUSTAVO RASSIER ISOLAN, LUISA MOSTARDEIRO TABAJARA FRANCHE**Instituição:** Santa Casa Misericórdia de Porto Alegre

Apresentação do caso: MJNG, 53 anos, veio encaminhada em virtude de apresentar episódios de tontura sem vertigem com duração em média maior de 20 minutos. Paciente também apresentava perda auditiva unilateral a direita progressiva sem zumbido. Associado a estes sintomas paciente refere que tem histórico de enxaqueca grave e recorrente e tem histórico de tabagismo. Ao exame físico apresentava membrana timpânica íntegra e translúcida bilateralmente, sem evidência de nistagmo. Audiometria tonal revelou perda auditiva neurosensorial moderada em graves e agudos à direita. As respostas do exame de prova calórica demonstraram resposta vestibular com hiporreflexia à direita. Em virtude de paciente apresentar perda neurosensorial unilateral à direita e para melhor elucidação do caso, se optou pela realização de um exame de imagem, onde na ressonância magnética do osso temporal se revelou uma lesão homogênea com realce ao contraste, com características que sugerem meningioma, visto em corte T1 contrastado, na topografia da dura-mater da fossa posterior logo abaixo do seio sigmoide a direita. Paciente teve proposto tratamento cirúrgico, o qual paciente optou pela não realização até o momento.

Discussão: Por vezes a doença de Ménière pode ser sinal de hidropsia endolinfática, fato que pode ocorrer secundariamente a alguma lesão ainda não diagnosticada. A hidropsia endolinfática pode causar distorção e distensão das porções membranosas contendo endolinfa do sistema labiríntico. Embora a maioria dos pacientes com hidropsia endolinfática não tenha doença otológica adicional identificável, múltiplas causas potenciais foram propostas como causa de doença de Ménière-Like, ou seja, doenças que simulam a fisiopatologia da Doença de Ménière. Alguns exemplos, incluem trauma acústico, doença do ouvido interno autoimune, otite média crônica, síndrome de cogan, surdez congênita, tumores do saco endolinfático como no caso apresentado, fenestração da cápsula ótica, concussão labiríntica, doença de letterer-siwe, infiltrados leucêmicos, displasia de mondini, otosclerose, doença de Paget, labirintite serosa, trauma cirúrgico no ouvido interno, sífilis, trauma do osso temporal e doenças virais. A falta de uma única causa etiológica pode refletir a heterogeneidade clínica e genética subjacente na Doença de Ménière. No caso apresentado, a suspeita inicial foi doença de Ménière, a qual pode ser mimetizada pelo aumento da pressão dentro do sistema endolinfático secundária a compressão do meningioma do saco endolinfático.

Considerações Finais: A doença Ménière-like pode estar ligada a uma ampla gama de patologias que simulam a fisiopatologia da doença de Ménière, deve-se sempre estar atento para uma avaliação complementar pormenorizada em determinados casos nos quais pode haver uma patologia subjacente que necessite de tratamento não apenas medicamentoso, para isso é essencial a avaliação do médico otorrinolaringologista de maneira detalhada. No presente caso, ao se investigar a perda neurosensorial foi encontrado um meningioma o qual causava a síndrome de ménière like por causar compressão do saco endolinfático.

Palavras-chave: meningioma; base do crânio; perda auditiva.

TCP722

SÍNDROME DE RAMSAY HUNT: RELATO DE CASO

Autor principal: MARIA CLARA SOUZA SCHETTINI**Coautores:** YASMIN DE REZENDE BEIRIZ, NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO, RODRIGO AMORIM QUESADO, VERENA SILVA CALDAS, MARÍLIA MONTIS LANZAROTTI HOSKEN, JULYANA CARNEIRO GOMES, WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA**Instituição:** Hospital Otorrinos de Feira de Santana

Apresentação do caso: Paciente sexo feminino, 35 anos, imunocompetente, procurou ambulatório de otorrinolaringologia com queixa de otalgia direita há 10 dias, associada ao surgimento de lesões vesiculares em pavilhão auditivo, evoluindo com paralisia facial ipsilateral com comprometimento do fechamento ocular e desvio de rima labial. Nega comorbidades, nega uso de medicamentos. Ao exame físico, apresentava lesões vesiculares em orelha direita, associada a edema de conduto e membrana timpânica íntegra. O laudo da audiometria tonal indicava normalidade. A ressonância magnética revelou realce pelo contraste da porção canalicular do nervo facial direito, relacionado a processo inflamatório inespecífico. Não foi observada compressão vascular dos nervos cranianos. A paciente foi diagnosticada com Síndrome de Ramsay Hunt. Foi administrado tratamento conservador, com aciclovir via oral 10 dias e corticoterapia em alta dose, seguida por redução gradual, com duração total de 21 dias. Evoluiu com desaparecimento das lesões vesiculares, foi orientada fisioterapia, cursando com melhora da otalgia, melhora significativa da paralisia facial, capaz de realizar fechamento do olho direito, e discreto desvio de rima labial direita.

Discussão: A síndrome de Ramsay Hunt, também conhecida como herpes zoster do gânglio geniculado, é uma complicação tardia da infecção pelo vírus varicela-zoster, resultando em inflamação do gânglio geniculado do VII nervo craniano. Se caracteriza por vesículas auriculares e sintomas como otalgia e paralisia facial periférica. Além disso, mais raramente pode haver rash ao redor da boca. Pacientes com imunodeficiência apresentam maior susceptibilidade para essa condição. O diagnóstico é essencialmente pelo quadro clínico. O vírus adentra o espaço intracraniano a partir da orelha interna, invadindo o nervo facial e o vestibulococlear e ascendendo ao núcleo do nervo facial, vestibular e núcleo posterior e anterior do nervo coclear. Tal acometimento resulta nas manifestações observadas como paralisia facial periférica, otalgia, tontura, zumbido e perda auditiva. No comprometimento do nervo trigêmeo observa-se perda da sensibilidade na face e alteração na deglutição.

Comentários finais: O tratamento precoce é essencial para diminuir o tempo de doença ativa, reduzir o dano neural e a possível neuralgia pós herpética, visto que a síndrome tem altas taxas de lesão permanente e baixas taxas de cura espontânea. O tratamento correto também reduz chance de repercussão estética e funcional, que podem afetar a qualidade de vida do paciente acometido. Os esteroides e antivirais são as drogas preconizadas para o tratamento.

Palavras-Chave: Ramsay-Hunt; Herpes; Herpes Zoster.

TCP723

QUALIDADE DE VIDA PÓS-IMPLANTE COCLEAR EM CRIANÇAS COM DESORDEM DO ESPECTRO DA NEUROPATIA AUDITIVA**Autor principal:** VINICIUS DE MORAES PALMA**Coautores:** RHODRIGO GOLDNER CESCA, EDUARDO TANAKA MASSUDA**Instituição:** Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto**Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida (QV) após Implante Coclear (IC) em crianças com Desordem do Espectro da Neuropatia Auditiva (DENA).**Métodos:** Estudo transversal com 10 crianças com DENA submetidas ao IC. Realizada pesquisa em prontuário e coleta de informações pré e pós-IC. Os pais responderam ao questionário de QV "Crianças com Implante Coclear: Perspectiva dos Pais". Realizada análise estatística descritiva e inferencial de correlação Spearman entre as variáveis. Adotado nível de significância de 5%.**Resultados:** A idade no diagnóstico da perda auditiva foi em média 19 meses. O tempo de privação auditiva foi em média 30 meses. O tempo de AASI pré-IC foi em média 13,5 meses. A idade na cirurgia foi em média 43,5 meses e na ativação, 46,3 meses. A média dos limiares auditivos pré-operatórios sem AASI foi de 96dB, com AASI foi de 68,2dB e pós-IC foi de 36,3dB. Em média, a categoria de audição melhorou em 1, e a de linguagem em 0,6. Os domínios relações sociais, autoconfiança e bem-estar e felicidade foram os que mostraram perspectiva mais positiva. Já os domínios efeitos do implante e apoio à criança apresentaram os menores escores. Foi analisada a correlação entre as subescalas do questionário. Houve significância estatística entre a subescala funcionamento geral e comunicação e autoconfiança. Feita a análise de correlação entre as subescalas do questionário e as variáveis da parte da análise descritiva. A melhora na categoria de audição se correlacionou com melhor percepção dos pais com relação às subescalas de comunicação e funcionamento geral. Houve também correlação entre o tempo de privação auditiva e a subescala apoio à criança.**Discussão:** A idade avançada no diagnóstico reflete o longo tempo de espera para encaminhamento para um serviço de investigação diagnóstica causando elevado tempo de privação auditiva. Pelos critérios especiais de indicação de IC na DENA, orienta-se no mínimo 12 meses com AASI, o que reflete a idade mais avançada na cirurgia e na ativação. Sem AASI, a média do grau de perda auditiva representa perda profunda. Com AASI, próximo à perda severa. Já com IC, próximo à perda leve. Isso mostra ganho auditivo objetivo com o IC. Os dados coletados sobre as categorias de audição e linguagem no pré e no pós-operatório apresentaram-se heterogêneos. Enquanto alguns melhoram até 3 categorias, outras crianças se mantiveram estáveis. É possível identificar as causas dessa variabilidade, como o curto tempo de seguimento e a falta de fonoterapia. A melhora nos aspectos de relações sociais, autoconfiança e bem-estar e felicidade sugere que com a melhora das habilidades, a criança passou a apresentar uma postura mais positiva e ampliou suas relações sociais. Já os baixos valores obtidos nos quesitos efeitos do implante e apoio à criança são explicados, pois à medida em que a criança melhora a linguagem, ela passa a precisar de menos suporte. É possível inferir a partir da significância estatística entre a subescala funcionamento geral e as subescalas comunicação e autoconfiança que os pais consideram que com melhor comunicação a criança passa a ter mais atenção e segurança, e maior autonomia. O fato de a melhora da categoria de audição se correlacionar com melhor percepção dos pais com relação às subescalas de comunicação e funcionamento geral mostra que o ganho auditivo refletiu em melhora importante na QV tornando os pacientes mais comunicativos e funcionais. A correlação entre o tempo de privação auditiva e a subescala apoio à criança evidencia que quanto maior o tempo de privação, maior a necessidade de suporte à criança.**Conclusão:** Na perspectiva dos pais, o IC melhora a QV de seus filhos, principalmente nos domínios relações sociais, bem-estar e felicidade e autoconfiança. Há correlação positiva entre as subescalas funcionamento geral e comunicação, e funcionamento geral e autoconfiança. Há correlação positiva entre a melhora da categoria de audição e os domínios comunicação e funcionamento geral. Há correlação positiva entre o tempo de privação auditiva e o domínio apoio à criança. Dados sobre QV são essenciais na avaliação de Resultados do IC.**Palavras-chave:** qualidade de vida; implante coclear; neuropatia auditiva.

TCP724

PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL SECUNDÁRIA A INFECÇÃO POR COVID-19: UM RELATO DE CASO**Autor principal:** JULYANA CARNEIRO GOMES**Coautores:** MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO, VERENA SILVA CALDAS, THATIANA PEREIRA SILVA, RODRIGO AMORIM QUESADO, MARÍLIA MONTIS LANZAROTTI HOSKEN, MARIA CLARA SOUZA SCHETTINI, WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA**Instituição:** *Hospital Otorrinos de Feira de Santana*

Apresentação do caso: L.M.F. 43 anos, sexo feminino, atendida no serviço de otorrinolaringologia com queixa de hipoacusia bilateral progressiva, iniciada durante episódio de COVID-19, porém sem atendimento especializado no período, cursando com piora gradativa há um ano. Nega queixas auditivas prévias ao quadro de COVID-19. Nega zumbido, otalgia, otorreia e outras queixas associadas. Otoscopia sem alterações. Prosseguida investigação com audiometria/imitanciometria que evidenciou perda auditiva sensorioneural moderada bilateral, timpanometria com curva tipo “A” em ambos ouvidos com presença de reflexos acústicos contralaterais. Sendo indicado o uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) e acompanhamento com o centro de reabilitação auditiva do vigente serviço.

Discussão: A surdez súbita sensorioneural decorrente da COVID-19 pode estar relacionada aos mecanismos de lesão do córtex auditivo do lobo temporal, mediado pela Angiotensin-Converting-Enzyme 2 (ACE2), envolvimento microvascular do ouvido interno ou do córtex auditivo e lesão periférica devido ao neurotropismo do vírus. A paciente do caso não procurou atendimento no início dos sintomas, inviabilizando terapias na tentativa de redução da perda auditiva em quadros de surdez súbita.

Comentários finais: Ainda existem poucos estudos sobre o tema, evidenciando a necessidade de valorização dos sintomas auditivos em pacientes com COVID-19, para que seja implementado tratamento adequado precocemente, prevenindo uma perda auditiva irreversível.

TCP725

PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE IMPLANTE COCLEAR EM PACIENTE JOVEM**Autor principal:** HENRIQUE VIVACQUA LEAL TEIXEIRA DE SIQUEIRA**Coautores:** ARTHUR MENINO CASTILHO, THAYNÁ FERREIRA FURTADO PEREIRA, PEDRO JULIANO DE MESQUITA FERREIRA**Instituição:** Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Apresentação: Homem, 16 anos, submetido a implante coclear à direita aos 7 anos de idade devido à surdez congênita. Iniciou quadro súbito de paralisia facial periférica direita há 2 meses, associada a otalgia e otorreia ipsilateral. Fez uso de aciclovir e corticoterapia oral, sem resposta. Ao exame, identificada paralisia facial periférica grau IV à direita (escala de *House-Brackmann*) e lacrimejamento ocular intenso. Otoscopia direita com membrana timpânica opaca, conduto auditivo externo hiperemiado e ausência de secreções. Aventada hipótese diagnóstica de explante coclear. Realizada tomografia computadorizada de ouvidos e mastoides, com identificação de conteúdo atenuante na topografia do ouvido médio direito, com propagação para o interior da cóclea, implante bem posicionado. Foram evidenciados sinais de osteomielite em osso petroso, além de erosões ósseas acometendo a região coclear e o tegmen timpânico. Paciente submetido a cirurgia para explante coclear com achados intraoperatórios de otite média crônica com mucosa hiperplásica, sem evidências de colesteatoma. Após a abordagem cirúrgica, identificada melhora importante da paralisia facial (grau II) e dos sintomas otológicos. No momento, paciente em acompanhamento otorrinolaringológico, sem queixas, em programação de realização de implante coclear contralateral.

Discussão: Nas últimas décadas, houve aumento do acesso e da realização de implantes cocleares no mundo, com aumento também dos estudos acerca das complicações diretas e indiretas, associadas a estes procedimentos. Dentre as complicações mais comuns relatadas, há o mal funcionamento do aparelho, extrusão do implante, infecção do escalpo, distúrbios vestibulares e mastoidite. Outras complicações menos frequentes são vertigem, zumbido, dor local e cefaleia. A paralisia facial periférica tardia pós implante coclear, descrita no presente relato, é incomum, apresentando desafios diagnósticos e terapêuticos devido aos poucos casos publicados, e pouca elucidação sobre sua fisiopatologia. Tende a surgir cerca de 2 a 20 dias após a cirurgia, com regressão completa na grande maioria dos casos, variando de semanas a meses após a abordagem. Divergindo dos casos já descritos, o paciente apresentado iniciou sinais e sintomas de paralisia facial cerca de 9 anos após o procedimento, com achados tomográficos sugestivos de osteomielite do osso petroso, conferindo ainda maior dificuldade ao diagnóstico e manejo do quadro. Suspeita-se que a paralisia facial pós implante coclear seja secundária à lesão térmica intra-operatória, reativação viral do vírus Herpes simples (HSV), colapso da irrigação sanguínea por edema ou vasoespasmos, ou infecção local. No presente relato, porém, não foi identificada a presença de nenhum fator desencadeante.

Ainda não há protocolo estabelecido para o manejo da paralisia, uma vez que as publicações na literatura apresentam Resultados inconclusivos e faltam estudos randomizados controlados. O tratamento com corticosteroides e anti-virais configuram como as principais opções terapêuticas, uma vez que a reativação viral é a etiologia mais comum. O prognóstico é excelente a despeito do tipo de terapêutica adotada. Quanto ao paciente em questão, foi optado por abordagem cirúrgica de explantação do dispositivo, com melhora importante do quadro clínico após o procedimento. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial com a equipe da Otorrinolaringologia, sem novas intercorrências, em programação de realização de implante coclear contralateral.

Comentários finais: A paralisia facial periférica tardia em pacientes com implantes cocleares tem sua ocorrência documentada desde horas até anos após o procedimento. Neste contexto, devido aos diversos mecanismos envolvidos no desenvolvimento do quadro, é necessária uma detalhada investigação clínica e com exames de imagem para intervenção precoce. Independentemente do tipo de tratamento adotado, medicamentoso ou cirúrgico, é essencial sempre considerar complicações e patologias de orelha média.

Palavras-chave: paralisia facial; implante coclear; complicações pós-operatórias.

TCP726

ABORDAGEM ESTAGIADA PARA A CIRURGIA DE PARAGANGLIOMAS MÚLTIPLOS**Autor principal:** HEMILY IZABEL ALVES NEVES**Coautores:** CIRO WEISS FONTANA, GUSTAVO RASSIER ISOLAN, MARINA PAESE PASQUALINI, VITOR HUGO PEIJO GALERANI, ARTUR KOERIG SCHUSTER, LUCAS RODRIGUES MOSTARDEIRO, JOEL LAVINSKY**Instituição:** Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

M.C.F, sexo feminino, 49 anos. Paciente com relato de cefaléia crônica holocraniana inespecífica, sem outras queixas. Procurou assistência médica para investigação, sendo submetida à exame de ressonância magnética e tomografia computadorizada de crânio que evidenciaram lesão nodular sólida junto ao forame jugular e hipotímpano à direita, medindo cerca de 1,6 x 1,5 x 1,4cm, levando a erosão do assoalho da cavidade timpânica e amplo contato com o promontório coclear e segmento mastóideo do nervo facial, ocupando o nicho da janela redonda, compatível com paraganglioma jugulo-timpânico. Após achado do exame realizou uma angiotomografia para planejamento cirúrgico. Esta evidenciou lesão expansiva volumosa na bifurcação carotídea esquerda, compatível com paraganglioma do corpo carotídeo Shamblin II, medindo 2,9 x 2,6 x 4,0cm, além de lesão com cerca de 0,7 x 0,6cm na bifurcação carotídea direita, paraganglioma Shamblin I. Após optada pela abordagem cirúrgica estagiada, a paciente foi previamente submetida à embolização da artéria faríngea ascendente direita, para posterior intervenção no paraganglioma jugulo-timpânico direito e paraganglioma carotídeo direito. O paraganglioma jugulo-timpânico foi abordado com técnica Fisch tipo A, com exposição e translocação anterior do nervo facial e exposição do bulbo da jugular, mastoidectomia com ressecção do tumor do forame jugular e fechamento do meato acústico externo em fundo cego. No mesmo tempo anestésico foi removido o paraganglioma da bifurcação carotídea direita. A paciente evoluiu no pós-operatório com preservação completa da função do nervo facial e pares cranianos baixos e hipoacusia condutiva em ouvido direito.

Os paragangliomas (PGs) são tumores benignos raros, com origem nas células derivadas da crista neural localizadas ao longo de estruturas neurovasculares. Quando localizados na região de cabeça e pescoço, os PGs podem ser denominados glomus, estando estes mais frequentemente localizados na bifurcação carotídea, e com maior incidência em mulheres de meia idade. Os paragangliomas de cabeça e pescoço raramente apresentam atividade metabólica e possuem crescimento lento, podendo seguir assintomáticos durante muitos anos. Quando presentes, os sintomas variam de acordo com o local da lesão, podendo incluir zumbido, hipoacusia, paralisia facial, disfagia, disfonia e otorrêa crônica. As classificações de Fisch, Glasscock-Jackson e Shamblin são as mais utilizadas para estadiamento. A classificação de Fisch considera a topografia e extensão dos tumores glômicos intratemporais, enquanto a classificação de Shamblin classifica as lesões em 3 grupos conforme seu grau de aderência à estrutura neurovascular correspondente. O tratamento definitivo é a ressecção cirúrgica completa, porém esta está limitada à idade, condições clínicas do paciente, tamanho do tumor e sua relação com as estruturas adjacentes. Fisch descreveu em 1982 a abordagem infratemporal tipo A, que consiste no acesso tumoral através de uma incisão retroauricular com extensão cervical para melhor manipulação das estruturas neurovasculares, translocação do nervo facial e fechamento do conduto auditivo em fundo cego. A embolização da artéria faríngea ascendente é uma opção em pacientes candidatos ao tratamento cirúrgico, com objetivo de melhor controle do sangramento intraoperatório pela diminuição da vascularização tumoral. A paralisia facial é a complicação pós-operatória mais frequente. Em pacientes sem condições cirúrgicas ou ressecção tumoral subtotal, a radioterapia ou acompanhamento clínico com exames seriados são opções.

O tratamento definitivo dos paragangliomas de cabeça e pescoço consiste em sua ressecção completa, porém devido ao risco significativo de complicações pós-operatórias, a decisão pela cirurgia deve considerar as características do tumor quanto à viabilidade de ressecção, condições clínicas e preferência do paciente. Quando elegíveis ao tratamento cirúrgico, a abordagem estagiada pode oferecer benefícios quanto ao controle de sangramento intraoperatório através da realização de embolização prévia da artéria faríngea ascendente.

Palavras-chave: paraganglioma; cabeça e pescoço; glomus.

TCP727

RELATO DE CASO: SIRINGOMA CONDROIDE EM MEATO ACÚSTICO EXTERNO

Autor principal: DEBORA EMI SHIBUKAWA**Coautores:** JOSE FERNANDO POLANSKI, CAROLINA RODRIGUES LARANJEIRA VILAR, ROGERIO HAMERSCHMIDT, MARJA CRISTIANE REKSIDLER, ANNE LOUISE TORTATO DUARTE COSTA BARTH COSTAMILAN, GABRIELA ALVES MARRONI, LUANA CAROLINA FONTANA**Instituição:** Hospital de Clínicas Universidade Federal do Paraná

Apresentação do caso: Paciente feminina, 69 anos, encaminhada ao serviço de otorrinolaringologia por queixa de hipoacusia associada a otalgia e sensação de corpo estranho em meato acústico externo (MAE) à direita de início há 6 meses. À otoscopia, massa perolácea com vasos em região pósterio-inferior de MAE à direita, obstruindo 90% da circunferência. Solicitada Tomografia Computadorizada contrastada de ouvido e mastoide, onde evidenciou-se proeminência em região pósterio-inferior de MAE a direita com densidade de partes moles homogênea. Ausência de outras alterações. Na sequência, realizada exérese de lesão. Anatomopatológico associado a imunofluorescência de amostra revelou provável Siringoma Condroide. Paciente mantém seguimento no serviço, sem recorrência de lesão até o momento.

Discussão: Adenoma pleomórfico do meato acústico externo (MAE), ou Siringoma Condróide, é um tumor benigno bem diferenciado de células epiteliais e mioepiteliais com estroma mixomatoso, pseudocondromatoso ou hialino. Esta entidade pertence a um grupo de tumores do MAE das glândulas ceruminais. As glândulas ceruminais estão localizadas na porção cartilaginosa do MAE e são responsáveis pela produção de cerume. Tumores dessas glândulas são raros. O adenoma pleomórfico do MAE apresenta-se como massa polipoide lisa, macia e indolor à palpação que pode extrair do MAE. Os principais sintomas são perda auditiva condutiva, plenitude auricular, otalgia, hemorragia e otorreia.

Comentários finais: O diagnóstico definitivo é alcançado com a análise histológica e imuno-histoquímica da amostra excisada. Estudos complementares de imagem com tomografia computadorizada ou ressonância magnética são úteis para determinar posição da lesão e expansão. A excisão cirúrgica com margem é necessária para evitar recorrência, a qual é infrequente, contudo, o acompanhamento a longo prazo é recomendado. Quanto à transformação maligna, raros casos foram relatados, sendo nomeados de Siringoma Condróide Agressivo.

Palavras-chave: meato acústico externo; siringoma condroide; perda auditiva condutiva.

TCP728

SCHWANNOMA VESTIBULAR COM HIDROCEFALIA COMUNICANTE E EDEMA DE PAPILA**Autor principal:** GABRIELA FALCÃO HAZIN**Coautores:** MARIANA DE CARVALHO LEAL GOUVEIA, SILVIO DA SILVA CALDAS NETO, CLAUDIO H. F. VIDAL, KIARA KALLINE RODRIGUES VIRGULINO DE MEDEIROS, CAETANO J. COIMBRA**Instituição:** Faculdade Pernambucana de Saude

Apresentação do caso: J.J., feminino, 41 anos, dançarina profissional de ballet, procurou o atendimento com queixa de dificuldades visuais progressivas há 6 meses, evoluindo com dificuldade de concentração, mudança de humor, amnesia, desequilíbrio, distúrbio de marcha, perda auditiva e incapacidade de realizar as suas atividades diárias. O exame oftalmológico mostrou severo edema de papila bilateral e diminuição da acuidade visual (OD 20/40, OE 20/100). Realizado audiometria que possuía limiares normais a esquerda e perda sensorineural moderadamente severa e configuração decrescente (OMS, 2020) a direita. A ressonância magnética (RM) demonstrou um tumor lobulado (2.6 x 1.4 x 2.4 cm), com captação de contraste homogênea, no ângulo ponto-cerebelar com extensão para o canal auditivo interno, imagem consistente com schwannoma do nervo vestibular. Quarto ventrículo patente sem obstruções e hidrocefalia comunicante severa com edema trans-ependimais. Após a avaliação por imagem foi realizada punção lombar que apresentou pressão de abertura de 15cm H₂O e proteinorraquia de 120mg/dL. Foi optado por ressecção cirúrgica completa através da via translabiríntica com preservação anatômica e fisiológica do nervo facial. No pós-operatório imediato o paciente evoluiu com cefaleia severa constante e persistência da hidrocefalia. A função facial se encontrava em House-Brackman grau 3 (HB-3). Devido ao quadro clínico foi realizada uma derivação ventrículo-peritoneal para alívio dos sintomas. Após 6 meses da cirurgia, o exame oftalmológico mostrou resolução completa do edema de papila e melhora da acuidade visual (OD 20/30 e OS 20/30). A paciente cursou com resolução completa dos sintomas pré-operatórios cognitivos, vestibulares e de marcha, conseguindo retornar para as suas atividades profissionais. Função facial HB-1. A RM pós-operatória mostrou remoção completa do neurinoma do acústico e resolução da hidrocefalia.

Discussão: A ocorrência de neurinoma do acústico associado a hidrocefalia comunicante, concomitante ou não, ao edema de papila, segundo a literatura é uma ocorrência rara. As causas da hidrocefalia são controversas, sendo a hipótese, atualmente, mais aceita a obstrução da reabsorção de líquido cefalorraquidiano (LCR) nas granulações aracnóides devido a alta concentração protéica no LCR. A elevação da proteína líquórica em casos de neurinoma do acústico está relacionada a necrose tumoral espontânea ou após radiação estereotáxica. Nossa paciente não possuía componente tumoral cístico (sinal de necrose tumoral). Acredita-se que o mecanismo causador do edema de papila seja a hipertensão intracraniana, com ou sem hidrocefalia, ou pela elevação da proteína no LCR. O caso apresentado cursou com elevação da proteína líquórica e hidrocefalia comunicante, mas sem pressão de abertura elevada na punção lombar. A RM, no entanto, demonstrou sela vazia e dilatação da bainha do nervo óptico: sinais comuns de hipertensão intracraniana, com subsequente resolução desses achados após a intervenção cirúrgica. Na maioria dos casos a resolução da hidrocefalia e do edema de papila ocorre após remoção do tumor e a subsequente normalização progressiva da proteína líquórica. No caso apresentado, devido a persistência e severidade dos sintomas, foi necessário realizar uma derivação ventrículo-peritoneal.

Considerações Finais: Otorrinolaringologistas devem ficar atentos para a possibilidade da ocorrência de neurinomas do acústico atípicos com hidrocefalia e edema de papila, cursando com distúrbios cognitivos e visuais. O edema de papila pode ocorrer com ou sem hidrocefalia, todavia, as queixas visuais devem ser inquiridas rotineiramente. A remoção do tumor costuma ser curativa com possível restauração da função neurológica.

Palavras-chave: schwannoma vestibular; hidrocefalia comunicante; edema de papila.

TCP729 PERDA AUDITIVA INDUZIDA POR NÍVEIS DE PRESSÃO SONORA ELEVADOS EM TRABALHADORES DO SUL DO BRASIL

Autor principal: LYS MARIA ALLENSTEIN GONDIM

Coautores: RUI BOCCHINO MACEDO, MILENA IANTAS, ADRIANA BENDER MOREIRA DE LACERDA, GABRIEL HENRIQUE RISSO, YASMIM BRUSTOLIN LOBO RODRIGUES, GRAZIELLE BOHORA SILVA GONÇALVES

Instituição: UNIVALI

Introdução: A perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados (PAINPSE) é a perda auditiva causada pela exposição prolongada ao ruído. Embora a PAINPSE seja uma queixa frequente entre os trabalhadores, os dados epidemiológicos no Brasil são escassos e se restringem a determinados ramos de atividades.

Objetivo: verificar a ocorrência da PAINPSE entre uma amostra representativa de trabalhadores do sul do Brasil.

Métodos: Um estudo transversal e quantitativo foi realizado com base em dados de quatro anos dos registros dos trabalhadores. Trabalhadores de diferentes atividades ocupacionais na Região Metropolitana de Curitiba, Estado do Paraná, foram incluídos. Participantes de ambos os gêneros foram selecionados aleatoriamente a partir de um banco de dados audiológicos de um serviço privado de saúde e segurança. O critério de inclusão foi a Apresentação de um audiograma sugestivo de PAINPSE.

Resultados: A amostra do estudo foi constituída por 180 (16,02%) trabalhadores do gênero feminino e 970 (83,98%) trabalhadores do gênero masculino, totalizando 1.150 trabalhadores. A idade média das mulheres foi de 29,2 anos e a idade média para os homens foi de 27,8 anos. Diferenças significativas foram observadas em relação aos 30 anos de idade e acima e em relação ao tempo de exposição, a partir de 10 anos. Cozinha, serviços de alimentação e serviços voltados ao setor automobilístico foram as áreas mais prevalentemente afetadas.

Conclusão: Apesar do progresso na ciência e nas políticas públicas a ocorrência de PAINPSE entre esses trabalhadores variou de 11,1 a 26,3%.

Palavras-chave: ruído ocupacional; audição; risco.

TCP730

HEMANGIOMA CAPILAR LOBULAR COMO CAUSA DE OTORRAGIA DE REPETIÇÃO: UM RELATO DE CASO**Autor principal:** LAÍS CAROLINE PEREIRA GOMES**Coautores:** VÍTOR YAMASHIRO ROCHA SOARES, LUMA TAVEIRA NUNES, LAURA DOS SANTOS CARNEIRO DE ANDRADE, JERUSIA OLIVEIRA IBIAPINA, CARLOS VINÍCIUS CUNHA BRANCO**Instituição:** Hospital Getúlio Vargas (Universidade Estadual do Piauí)

Apresentação do caso: Paciente de 35 anos, sexo masculino, relatando otalgia leve à esquerda associada a otorragia recorrente com volume moderado há 7 meses. À otoscopia, visualizou-se uma lesão vinhosa ocupando toda a circunferência do conduto auditivo externo (CAE). Foram solicitadas então, tomografia computadorizada e ressonância magnética que evidenciaram imagem com densidade de partes moles/líquido espesso obstruindo o CAE esquerdo. Optou-se pela ressecção da lesão com acesso endaural e, no ato cirúrgico, foi visualizada uma lesão friável, pediculada, com inserção na parede anterior do conduto, estando o terço medial do CAE e membrana timpânica livres. À análise histopatológica, foi demonstrado tratar-se de hemangioma capilar lobular (HCL).

Discussão: Os hemangiomas são lesões benignas, ricamente vascularizadas, de comum ocorrência em cabeça e pescoço, mas raros no CAE. A fisiopatologia da doença não é bem estabelecida, podendo cursar assintomática ou com manifestações como plenitude aural, perda auditiva, zumbido pulsátil, otorreia e otalgia. Estes pacientes são avaliados com tomografia computadorizada, ressonância e audiometria, esta última não realizada no caso em questão por conta da frequência dos episódios de otorragia como empecilho. A angiografia pode ser útil para identificar e embolizar vasos relacionados, muito embora apenas o histopatológico forneça o diagnóstico definitivo. Os HCL apresentam-se histologicamente como uma massa lobulada polipoide de vasos sanguíneos capilares recém-formados circundados por um estroma edematoso. A cirurgia é o tratamento de escolha e o acesso pode ser endaural ou transcanal, sendo incomum a necessidade de abordagem retroauricular. As recidivas são pouco frequentes e, em geral, relacionadas a ressecções incompletas.

Comentários finais: O HCL é um tumor benigno de rara ocorrência no CAE e, por isto, nem sempre considerado como hipótese diagnóstica nestes casos. Salientamos a necessidade de análise histopatológica da lesão para adequado esclarecimento etiológico.

Palavras-chave: hemangioma capilar lobular; conduto auditivo externo; otorragia.

Autor principal: RENATA JANEIRO MARQUES

Coautores: CAUÊ DUARTE, MATEUS HENRIQUE NEVES BRACCO, FELIPE GABRIEL GARCIA, MARINA CANÇADO PASSARELLI SCOTT, DIEGO CARDOSO FILHO

Instituição: Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos

Apresentação do caso: W.M.N.C, masculino, 36 anos, apresentava massa em conduto auditivo esquerdo há aproximadamente um ano de crescimento progressivo associado a hipoacusia. Ao exame físico apresentava massa pediculada, não pulsátil, de coloração rosada, consistência fibroelástica, indolor a palpação, projetando-se pelo meato acústico externo esquerdo, sem possibilidade de visualização de inserção, associado a leve otorreia. Audiometria evidenciava perda auditiva mista de grau leve a profundo em ouvido esquerdo e tomografia computadorizada (TC) de mastoides apresentava formação expansiva de 1,4 x 3,8 cm, se estendendo da orelha média à orelha externa a esquerda, que obliterava conduto externo e parcialmente mesotímpano e epitímpano, circundando a cadeia ossicular e obliterando janelas oval e redonda. Realizada cirurgia transcanal para exérese da lesão e exame anatomopatológico, que revelou achados sugestivos de carcinoma basocelular tipo esclerodermiforme. Exame de imuno-histoquímica com características neoplásicas de padrão morfológico sólido e acinar, mitoses menor que 2/2 mm², índice proliferativo (Ki67) menor que 3%, necrose ausente e com diferenciação neuroendócrina estabelecida pela coexpressão de sinaptofisina e CD56, sugerindo possibilidades diagnósticas de tumor neuroendócrino de orelha média ou metástase de tumor neuroendócrino bem diferenciado grau I.

Discussão: Tumores neuroendócrinos de orelha média são neoplasias raras com diferenciação epitelial e neuroendócrina, que geralmente ocorrem na quinta década de vida e podem se manifestar como uma massa inespecífica em orelha média, associado principalmente a perda auditiva condutiva ou mista progressiva, e outros sintomas como plenitude aural, zumbido, otorreia, otalgia e paralisia facial. Apresentam características benignas, indolentes, de crescimento lento, localmente invasivo e com possibilidade de metástase e recidiva. O diagnóstico histopatológico definitivo é feito pela imuno-histoquímica e análise microscópica do tecido da biópsia. Na coloração imuno-histoquímica, os principais marcadores epiteliais incluem citoqueratinas, e os marcadores neuroendócrinos mais relevantes são cromogranina, sinaptofisina, enolase neurônio-específica, vimentina e CD56. A TC de mastoide pode evidenciar massa de densidade de tecido mole com possibilidade de extensão para cavidade timpânica e mastoide, podendo envolver os ossículos, mas geralmente sem destruição óssea. A ressonância magnética (RM) pode ser útil para avaliar extensão para fossa craniana. Pode ser classificado, segundo Saliba e Evrard 2009, em três tipos: adenoma neuroendócrino da orelha média com marcadores imuno-histoquímicos positivos e metástase negativa (tipo I), adenoma de orelha média com marcadores imuno-histoquímicos negativos e metástase negativa (tipo II), e tumor carcinoide da orelha média com marcadores imuno-histoquímicos positivos e metástase positiva (tipo III). O paraganglioma timpânico é uma consideração importante no diagnóstico diferencial. O tratamento é cirúrgico com possibilidade de abordagem transcanal em tumores pequenos e limitados até mesotímpano, e com timpanoplastia e mastoidectomia em tumores com extensão ao epitímpano e mastoide. O seguimento pós operatório é recomendado em longo prazo devido a capacidade de metástase e recidiva.

Comentários Finais: Os tumores neuroendócrinos de orelha média apresentam manifestações clínicas inespecíficas e necessitam de reconhecimento preciso para estratégia terapêutica adequada a fim de limitar a morbidade tumoral. A TC e a RM dos ossos temporais são importantes para avaliação da localização e extensão das lesões e delinear as características do tumor, associado a histopatologia e imuno-histoquímica para definição diagnóstica. A ressecção cirúrgica é o tratamento primário e acompanhamento por longo período é fundamental para caracterizar o comportamento biológico do tumor.

Palavras-chave: tumor neuroendócrino; orelha média; neoplasias.

TCP732

HEMANGIOMA CAVERNOSO DO MÚSCULO TEMPORAL: APRESENTAÇÃO ATÍPICA**Autor principal:** LAÍS CAROLINE PEREIRA GOMES**Coautores:** HARDYNN WESLEY SAUNDERS ROCHA TAVARES, LUMA TAVEIRA NUNES, LAURA DOS SANTOS CARNEIRO DE ANDRADE**Instituição:** Hospital Getúlio Vargas (Universidade Estadual do Piauí)

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 15 anos de idade, apresentando abaulamento sob pavilhão auricular direito, com crescimento lentamente progressivo e incômodo estético associado. Nega dor, eliminação de secreção ou sangramentos. Realizou ressonância magnética que evidenciou formação tecidual no aspecto superior do pavilhão auricular direito, com contornos regulares e tênue queda do sinal nas sequências T1, sem realce significativo pós-contraste, medindo 3,5cm no maior eixo. O radiologista assistente considerou a hipótese de lipoma como diagnóstico para o caso e procedemos à ressecção. No intraoperatório, a peça apresentou-se com rica vascularização de cor violácea e com inserção não apenas no pavilhão auricular mas também no músculo temporal. Com o estudo histopatológico da lesão, pudemos afirmar tratar-se de um hemangioma cavernoso. Não houve intercorrências pós-operatórias no seguimento de 1 mês.

Discussão: Menos de 1% dos hemangiomas são intramusculares e apenas 14% ocorrem na cabeça e pescoço, podendo alcançar grandes dimensões e até mesmo apresentar extensão intracraniana. Manifestam-se, em geral, com crescimento lento e indolor. É descrita associação com trauma prévio local, status hormonal ou contratilidade muscular excessiva, fatores estes não identificados no caso descrito. O diagnóstico diferencial desta patologia inclui outras possíveis massas cervicais como lipomas, schwannomas, cistos dermóides e lesões malignas. Para isto, a ressonância magnética pode ser particularmente útil. Neste exame, espera-se um padrão serpiginoso identificável em T2; que embora não tenha sido visualizado radiologicamente, foi identificado à macroscopia intraoperatória.

Comentários finais: As massas cervicais apresentam múltiplos diagnósticos diferenciais e, muito embora a Apresentação clínica e exames de imagem possam auxiliar a investigação, apenas o histopatológico fornece o diagnóstico definitivo. Ao lidar com apresentações atípicas, identificar a etiologia pode ser particularmente desafiador.

Palavras-chave: hemangioma cavernoso; músculo temporal; pavilhão auricular.

TCP733

DISPLASIA FIBROSA DO OSSO TEMPORAL

Autor principal: VITOR HUGO PEIJO GALERANI**Coautores:** HEMILY IZABEL ALVES NEVES, ARTUR KOERIG SCHUSTER, LUCAS RODRIGUES MOSTARDEIRO, ISABEL SAORIN CONTE, LUANA VIEIRA MARGHETI, MARINA PAESE PASQUALINI, JOEL LAVINSKY**Instituição:** Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

A.B., 25 anos, iniciou com vertigem rotatória e zumbido, em apito e constante, em ouvidos, pior à direita, em abril 2012, consultou-se com Otorrinolaringologista em Lajeado, cidade de origem. Após realização de exames laboratoriais para investigação de zumbido, audiometria e tomografia não contrastada de ouvidos e mastoide, foi realizado os diagnósticos de hipotireoidismo e espessamento em osso temporal direito, suspeitando-se de Doença de Paget óssea. A audiometria apresentava perda leve neurossensorial 4K, 6K e 8 K em ouvido direito e perda leve neurossensorial em 2K, 4K e 8K em ouvido esquerdo. A.B., Em 2016 abriu quadro agudo de paralisia facial periférica e perda súbita da audição em lado direito, sendo realizada nova tomografia, sem novas alterações em laudo, tratada como paralisia de Bell, com corticoide e aciclovir, apresentou melhora da motricidade facial, porém, manteve perda auditiva súbita. Consultou-se, nesse mesmo ano, com outro endocrinologista também em Porto Alegre, porém, todos os exames estavam normais e o diagnóstico de Paget ósseo foi finalmente afastado. Em 2018 foi iniciada investigação para doenças autoimunes, sem diagnóstico confirmado. Apensar da melhora da motilidade facial com o tempo, mantinha contrações involuntários em face do lado direito, sensação pulsátil ao redor de olho direito e anacusia à direita. O zumbido estava mais evidente, por vezes muito alto com elevado grau de desconforto. Nesses episódios de agudização, utilizava sob recomendação médica, corticoide oral com alívio momentâneo. Já em 2021 iniciou também com perda auditiva em ouvido esquerdo, levando a preocupação da surdez tornar-se bilateral. Foi novamente encaminhado ao reumatologista para manter a investigação de doenças autoimunes. Após ter realizado uma pesquisa ampla, todos os exames estavam normais, sendo afastada essa possível causa. Nesse mesmo momento, realizou ressonância magnética encefálica que evidenciou espessamento de mastoides bilateralmente. Encaminhada novamente para Otorrinolaringologia para investigação. Nas consultas subsequentes, com o uso dos exames de imagem já realizados, da audiometria e da clínica da paciente, pode-se concluir que esse espessamento poderia estar relacionado com a perda auditiva, zumbido e paralisia facial, sendo diagnosticada com displasia fibrosa do osso temporal. No momento ela segue fazendo acompanhamento clínico e audiométrico. A perda auditiva à esquerda em cerca de 35 dB está se mantendo estável, BERA e Otoemissões ausentes nesse ouvido.

Discussão: A displasia fibrosa do osso temporal é uma doença benigna, rara, idiopática, acomete homens numa proporção de 2: 1 e inicia-se no fim da infância, apresenta maior prevalência em caucasianos. É causada pela substituição do tecido ósseo normal do osso temporal por fibrose. A doença pode se apresentar na forma monostótica ou poliostótica, na primeira o envolvimento é limitado a somente um osso e corresponde a 70% dos casos, inclusive do caso em relato, enquanto na segunda acomete mais de um. Dentre os ossos acometidos é frequente o envolvimento crânio-facial, porém, raramente apresenta comprometimento temporal. Se acometido, apresenta comemorativos de zumbido e hipoacusia, como sintomas mais comuns, além de estenose do conduto auditivo externo.

Comentários finais: A displasia fibrosa do osso temporal apresenta como comemorativos a surdez, zumbido, paralisia facial periférica, edema retroauricular e colesteatoma. A manifestação clínica mais comum é a perda auditiva condutiva por estreitamento do conduto auditivo externo, ausente no caso relatado. Quando ocorre perda auditiva neurossensorial já existe lesão da cápsula ótica.

Esse diagnóstico deve ser levantado sempre que apresentar alterações compatíveis em exames de imagem e associado a sintomatologia, visualização estenose do conduto auditivo externo também deve levantar a hipótese. A conduta frente a essa doença pode ser expectante ou cirúrgica. No caso relatado, as possíveis terapêuticas que estão sendo consideradas, são: implante coclear à direita, uso de BICROS ou prótese auditiva ancorada no osso.

Palavras-chave: displasia fibrosa; zumbido; paralisia facial.

TCP734

SECKEL SYNDROME AND CHOLESTEATOMA: A CASE REPORT

Autor principal: LETICIA LEAHY

Coautores: ERIKA YUMI NAKAGAWA, LUANA CAROLINA FONTANA, GUILHERME DE OLIVEIRA LUCIANI, GABRIELA ALVES MARRONI, ROGERIO HAMERSCHMIDT, JOSE FERNANDO POLANSKI

Instituição: *Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná*

Case Presentation: An 18-year-old male patient presenting with growth delay, microcephaly, and delayed neuropsychomotor development was evaluated at the medical genetics outpatient clinic, where the hypothesis of Seckel's syndrome was raised. Audiometry was performed, which detected conductive hearing loss in the left ear, associated with a CT scan of the mastoid, which showed erosion of the mastoid cells, erosion of the Chaussé spur, and irregular widening of the fallopian canal. Left unilateral tympanomastoidectomy for chronic cholesteatomatous otitis media was indicated, and the surgery was uneventful. The patient is being followed-up at the otorhinolaryngology outpatient clinic of the Universidade Federal do Paraná, and is not expected to be discharged from the hospital at this time.

Discussion: Seckel syndrome is a rare autosomal recessive disorder characterized by intrauterine growth deficit, dwarfism, microcephaly with cognitive disorder, and a characteristic 'bird-headed' facial appearance. Chronic otitis media (COM) is a recurrent/chronic infection of the middle ear. Cholesteatoma is a keratinized and desquamated epithelial collection in the mastoid or middle ear, which can occur as a primary lesion or secondary to tympanic membrane perforation or surgery.

Final comments: The reported case demonstrates the possible correlation between chronic otitis media and the patient's genetic syndrome. It is important to perform an otorhinolaryngological evaluation of patients with craniofacial anomalies resulting from genetic syndromes that present hearing complaints, in order to avoid possible complications.

Palavras-chave: Seckel syndrome; cholesteatoma; middle ear.

TCP735 TYMPANIC GLOMUS: A CASE REPORT

Autor principal: MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO

Coautores: PAULO TINOCO, ALFREDO VIEIRA BERNARDO, LOUISE MANCEN FREIRE, CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI, ROBERTA HENRIQUE FREIRE BRAGATTO

Instituição: *Hospital São José do Avaí*

Case report: E.C.D.D.B., 43 years old, female. Patient arrives at the otorhinolaryngology outpatient clinic complaining of hearing loss and pulsatile tinnitus that accompanied the heartbeat in the right ear. On otoscopy, a reddish mass was observed behind the tympanic membrane, which was pulsing. Computed tomography of the mastoids was requested, which showed material with soft tissue density occupying the cells and mastoid antrum and the right tympanic cavity, confirming the suspicion.

Discussion: Glomus tumors arise from paraganglia. In the temporal bone, paraganglia are small masses, formed by capillaries and precapillaries interposed by epidermoid cells located in the adventitia of the jugular bulb, tympanic branch of the glossopharyngeal nerve, and along the auricular branch of the vagus nerve. They are slow-growing and destructive tumors, with metastases occurring in 4 to 6.5% of cases. In addition to the physical examination, computed tomography aids in the diagnosis. Clinically, there is pulsatile tinnitus, conductive hearing loss and a reddish mass behind the tympanic membrane seen through transparency in the middle ear on otoscopy. Treatment options for the glomus can be palliative (embolization, radiation) and definitive (surgery or combinations).

Final Comments: As it is a slow-growing tumor, but with a destructive character, it is important to be aware of the main signs and symptoms of this pathology, in order to carry out an early diagnosis and treatment.

Palavras-chave: tumor; tinnitus; glomus.

TCP736

TRATAMENTO CIRURGICO EM GLOMUS TIMPÂNICO. RELATO DE CASO

Autor principal: RODRIGO DA SILVA SANTOS**Coautores:** JESSICA ABREU DOS SANTOS, ISADORA ROLLEMBERG CALDAS MENEZES**Instituição:** Hospital Universitário (HU-UFS)

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 80 anos de idade, raça caucasiana, com antecedentes de doença linfoproliferativa B (CD5+), em uso de quimioterapia. Recorreu à consulta com queixa de tinnitus pulsátil, hipoacusia e sensação plenitude auricular. Ao exame foi observado lesão avermelhada visível à transparência na membrana timpânica de orelha esquerda. Audiometria e imitanciometria apresentam perda auditiva mista de grau moderadamente severo, com curva timpanométrica do tipo B. além de presbiacusia leve em orelha direita, com curva do tipo A.

A tomografia e ressonância magnética de ossos temporais com contraste a presença de uma lesão de conteúdo de partes moles em hipo e mesotímpano da caixa timpânica de orelha esquerda, sem extensão ao forâmen jugular, sugestiva de glomus timpânico, (Tipo A de Fisch). Nas fases pós contraste nota-se intenso realce com predomínio periférico nas células mastoideas ipsilateral.

Foi decidido abordagem cirúrgica por mastoidectomia do tipo bondy precedido da embolização. Foi realizada a remoção tumoral em peça única de aproximadamente 8 mm, que preenchia o ático e englobava cadeia ossicular. O anátomo-patológico revelou tumor glômico. Paciente respondeu positivamente à abordagem, apresentando melhora do quadro clínico e remissão da patologia. Não houve recidivas ou necessidade de complementação com radioterapia

Discussão: Os tumores glômicos são lesões paraganglionares que têm origem neuroectodérmica, derivadas das células da crista neural primitiva. Em geral são benignas, com metástases em apenas de 4 a 6.5% dos casos, embora localmente destrutivos, insidiosas e de crescimento lento.

No osso temporal os tumores glômicos do tipo jugulo-timpânicos são raros e correspondem a cerca de 0,6% dos tumores de cabeça e pescoço. Acometem principalmente o sexo feminino (75%), com pico de incidência na 5ª década de vida, caracterizam-se por acúfenos pulsáteis, perda auditiva condutiva e lesão violácea frequentemente pulsátil, posterior a membrana timpânica observada por transparência à otoscopia. Os achados típicos da lesão, também foram os encontrados neste caso relatado. Exames complementares são essenciais para definição da lesão, diagnóstico e abordagem terapêutica. À tomografia com contraste permite identificar tamanho do tumor, auxiliar planejamento terapêutico e a abordagem cirúrgica.

O tratamento leva em consideração as comorbidades do paciente, status clínico, impacto na qualidade de vida e estadiamento do tumor. Em geral a radioterapia é preconizada para paciente quem possuem contraindicação cirúrgica e apresenta bom resultado na remissão tumoral em cerca de 90%. A abordagem cirúrgica tem sido usada como tratamento de eleição através das técnicas transcanal e transmastóidea. Para o caso em questão, o envolvimento da orelha média com comprometimento da cadeia ossicular, foi melhor abordado por via transmastóidea. É necessário identificar comprometimento de bulbo jugular e do canal carotídeo durante o planejamento cirúrgico. A embolização pré-operatória é frequentemente utilizada para reduzir riscos de sangramentos importantes intraoperatórios.

Comentários finais: Embora não existam sinais ou sintomas patognomônico para os tumores glômicos, o quadro clínico clássico associado aos exames de imagem permite o diagnóstico com elevado valor preditivo positivo. O planejamento terapêutico deve ser individualizado com avaliação do status clínico do paciente e estadiamento do tumor. Estende-se desde tratamento conservador com vigilância ativa, radioterapia e remoção cirurgia com ou sem embolização prévia da lesão. Em geral a resposta ao tratamento é eficaz com remissão da sintomatologia e baixo índice de recidiva.

Palavras-chave: orelha média; paraganglioma; tumores glômicos.

TCP737

ADESÃO AO IMPLANTE COCLEAR EM PACIENTES IMPLANTADOS DE 2012 A 2016 EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA**Autor principal:** MATHEUS MARTINES GOMES**Coautores:** NATHÁLIA FERNANDA DA SILVA, IVIS ANDREA MARQUES FERRO, FELIPPE FELIX, DENIS DE MELO PINTO RANGEL, NATASHA CAROLINE CRISTINA SANTANA DE AGUIAR, ARMANDO LAVIGNE DE LEMOS VELOSO, FRANCISCO JOSÉ VIEIRA OSTERNE**Instituição:** UFRJ**Objetivos:** Descrever a adesão ao implante coclear, e seus fatores associados, em pacientes implantados no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF-UFRJ) no período de 2012 a 2016.**Métodos:** Estudo transversal com base nos prontuários e na busca ativa dos pacientes submetidos a cirurgia de implante coclear no HUCFF-UFRJ no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2016.**Resultados:** Dos 106 pacientes submetidos a cirurgia de implante coclear no período estudado, 60 pacientes (56,6%) eram do sexo masculino. Foram 39 (36,8%) casos idiopáticos, 16 (15,1%) de origem genética, 14 (13,2%) de origem infecciosa, 4 (3,8%) por malformações da orelha, 3 (2,8%) de otosclerose coclear, 14 (13,2%) por meningite, 14 (13,2%) por causas neonatais, 2 (1,9%) por trauma do osso temporal. Foram 58 pacientes oriundos do município do Rio de Janeiro, 5 de São João de Meriti, 5 de Duque de Caxias, 5 de Nilópolis e 33 de outras cidades do Estado do Rio de Janeiro. Foram 67 (63,2%) crianças implantadas e 39 (36,8%) adultos. Foram implantadas 78 (73,6%) orelhas direitas e 28 (26,4%) orelhas esquerdas. 82 (77,4%) pacientes seguem utilizando adequadamente o aparelho de implante coclear. 24 (22,6%) não usam o aparelho, sendo 22 (79,2%) por impossibilidade de manutenção, 2 (8,3%) por decisão pessoal e 3 (12,5%) por extrusão do aparelho.**Discussão:** São evidentes os avanços obtidos através da implantação da tecnologia do Implante Coclear no contexto de Rede Pública de Saúde no atendimento da população adscrita ao território concernente ao HUCFF. No entanto, observa-se a presença de impasses em relação a manutenção dos aparelhos implantados, fato que se mostra como grande desafio a garantia da Saúde Auditiva dos pacientes atendidos pelo Serviço. Ao comparar com dados da literatura, é possível inferir que a amostra do presente estudo teve uma taxa menor de explante – 3 casos (2,8%) - que o encontrado habitualmente, que é de 4%. Houve também uma menor taxa de não uso do aparelho (22,6%) em relação ao dado encontrado na literatura (22,8%). Na literatura, 49% dos implantados é do sexo masculino, enquanto no presente estudo tal taxa é de 56,6%.**Conclusão:** Conclui-se, portanto, que a taxa de adesão ao uso de implante coclear no HUCFF em pacientes implantados de 2012 a 2016 foi de 82 pacientes (77,4% dos casos), sendo que foi observado que a dificuldade na manutenção do implante coclear foi o principal fator para a falta de uso.**Palavras-chave:** implante coclear; surdez; perda auditiva.

TCP738

PERFIL DE INTERNAÇÃO DECORRENTE DE AFECÇÕES OTOLÓGICAS NO BRASIL E SUAS GRANDES REGIÕES EM 2021**Autor principal:** RYNAT DASAIEV OLIVEIRA CHAGAS**Coautores:** GABRIELLE SOBRAL SILVA, LARISSA ROCHA OLIVEIRA, TAÍSA MARIA BRITO AMORIM, TÁRCIO EULER RIBEIRO MEDRADO**Instituição:** Hospital Santo Antônio - Obras Sociais Irmã Dulce

Objetivo: As doenças do ouvido são enfermidades que representam um grupo relevante de morbidade. Esse estudo objetiva analisar o perfil dos pacientes internados por afecções otológicas no Brasil e suas Grandes Regiões em 2021.

Método: Estudo ecológico de série temporal, com dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando as autorizações de internações hospitalares como fonte de dados, no período de 2021 no Brasil. Os dados foram analisados por sexo e grandes regiões geográficas.

Resultados: No ano de 2021 ocorreram 12171 internações por causas otológicas em todo o Brasil, dessas 5770 foram de pacientes de sexo masculino (47,4%) e 6401 de sexo feminino (52,6%). Dessas internações 22 evoluíram com óbito, 17 do sexo masculino e 5 do sexo feminino ($p=0,0005$), logo o sexo masculino é mais suscetível ao óbito por internamento por causas otológicas no Brasil. Analisando por regiões, foi verificado que a Região Sul apresentou a maior taxa de internações (7,13/100000 habitantes), entretanto a Região Nordeste apresentou maior taxa de óbitos (3,46/1000 internações por causas otológicas)

Discussão: Com base nos dados obtidos verificamos que os homens tem mais chance de ter óbito como desfecho em internamento por causa otológica, uma possível explicação é que esse gênero tem maior probabilidade de retardar a procura de assistência médica e, portanto, de apresentar quadros mais graves. Convém lembrar que os dados são adquiridos com base de preenchimento de AIHs portanto locais com pior preenchimento naturalmente apresentam menores taxas, é um fator confundidor deste estudo.

Conclusão: O estudo permite avaliar o perfil de pacientes submetidos às internações por causas otológicas, mais comum em mulheres, mas com maior chance de óbitos em homens, abrindo espaço para pesquisas semelhantes a fim de corroborar os Resultados e ampliar a casuística.

Palavras-chave: otologia; Internações; epidemiologia.

TCP739

INDICADORES DE QUALIDADE DE UM PROGRAMA DE IMPLANTE COCLEAR EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**Autor principal:** THIAGO TORRES NOBRE**Coautores:** LUÍSA CORRÊA JANAÚ, FERNANDA DE QUEIROZ MOURA ARAUJO, EDSON RODRIGUES GARCIA FILHO, KARLLA LORENNIA DOS SANTOS ANJOS, CECÍLIA LEITE GOMES, GISELE VIEIRA HENNEMANN KOURY, JUSSANDRA CARDOSO RODRIGUES**Instituição:** Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza - Universidade Federal do Pará

Objetivo: Aferir indicadores de qualidade do Programa de Implante Coclear quanto ao grau de preenchimento da história clínica, a infecções de sítio cirúrgico e ao tempo de espera entre a data do primeiro atendimento e a cirurgia.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 45838821.5.0000.0018), cuja coleta de dados foi realizada a partir dos prontuários dos pacientes submetidos à cirurgia de Implante Coclear no Estado do Pará no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2020, realizadas no Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza.

Resultado: O índice de complicações registradas pós-implante foi de 6,4%, sendo de 2,56% para tontura e para paralisia facial e 0,64% para hemotímpano e para deiscência de sutura. Ocorreu preenchimento adequado da história clínica nos prontuários em 71% dos casos, sendo o ano de 2011 o de pior índice de preenchimento (34%). Em relação ao tempo de espera entre a primeira consulta e a realização do implante, o menor tempo ocorreu no ano de 2010, com uma mediana de 6 meses, e o maior tempo em 2014, com uma mediana de 64 meses.

Discussão: Houve importante flutuação do tempo total de espera cirúrgica ao longo dos onze anos analisados, com a mediana variando de 6 a 64 meses, valores bem elevados e destoantes dos encontrados na literatura, cuja mediana variou de 4 a 16 meses. Tais Resultados suscitam preocupações em relação ao fluxo cirúrgico, pois a demora em realização do implante aumenta o tempo de privação auditiva destes pacientes, o que pode ter impacto negativo no desempenho auditivo após a cirurgia. O índice de complicações cirúrgicas foi de 6,4%, todas consideradas complicações menores. Trata-se de um percentual inferior ao encontrado na literatura, relatado entre 10,1% a 19%. É válido ressaltar que a taxa de pacientes com infecção no sítio cirúrgico que necessitaram de internação hospitalar foi de 0% em todos os anos. A avaliação da segurança e desempenho do procedimento cirúrgico é essencial, visto que a infecção de ferida operatória pode apresentar elevada morbidade, por vezes requerendo reintervenção para retirada do implante coclear. Quanto à análise do indicador do grau de preenchimento das histórias clínicas, notou-se uma melhora no decorrer dos anos analisados, com 100% de registro nos últimos três anos. Isso provavelmente se deve à implantação do prontuário eletrônico por meio do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), proporcionando uma maior uniformidade quanto aos registros realizados em consulta, ao mesmo tempo reduzindo a chance de perda de informações por extravio de documento físico.

Conclusão: A adoção do uso de indicadores de qualidade no Programa de Implante Coclear pode auxiliar na otimização do desempenho deste serviço, indicando os fluxos a serem aperfeiçoados, melhorando o serviço ofertado à população. Foi demonstrado otimização do preenchimento das histórias clínicas e níveis de complicações cirúrgicas menor do que os encontrados na literatura. O tempo de espera até a realização do procedimento cirúrgico deve ser reduzido para maximizar o número de implantações precoces e melhorar o prognóstico na reabilitação auditiva pós implante.

Palavras-chave: Implante coclear; Indicadores de qualidade; Reabilitação auditiva.

TCP740

PERDA CONDUTIVA NA INFÂNCIA DEVIDO À OSSIFICAÇÃO DO LIGAMENTO SUSPENSOR DO MARTELO: RELATO DE CASO**Autor principal:** MARIO DE GEUS NETO**Coautores:** FELIPE COSTA NEIVA, SAMUEL BORGES BASSETTI, VITOR BITTAR PRADO, MARCO TULIO CRUZ BRAGA, MARIA VICTORIA BASTOS TAVARES, CAMILA AYUMI GOTO, KALINNE FERNANDA DOS SANTOS MARTINS**Instituição:** IAMSPE

Apresentação do caso: Paciente masculino, 7 anos, acompanhado pela mãe, compareceu em consulta queixando-se de hipoacusia bilateral associada a leve atraso no desenvolvimento da fala há um ano. Após audiometria evidenciando perda condutiva moderada bilateral, realizou a colocação de tubo de ventilação tipo Sheppard nos dois ouvidos.

No entanto, diferentemente do esperado, o paciente não melhorou da queixa de hipoacusia bilateral após a cirurgia. Portanto, foi solicitado uma tomografia dos ossos temporais e nova audiometria.

Novo exame audiométrico manteve as características da realizada previamente à cirurgia. Já a tomografia apresentava imagens sugestivas de ossificação do ligamento suspensor do martelo, que se adere ao tegmen timpânico.

Com o novo diagnóstico em mãos, foi sugerida a utilização de aparelho de amplificação sonora individual para o paciente e seus familiares, que aceitaram a sugestão.

Paciente relatou boa adaptação para o uso do aparelho com melhora da audição bilateralmente. Além disso, a progenitora referiu importante melhora no desenvolvimento comportamental infantil.

Atualmente, o paciente está realizando acompanhamento anual com nova audiometria.

Discussão: A perda auditiva é uma queixa relativamente comum nas crianças. Geralmente do tipo condutiva, possui como principal causa as otites médias com efusão (1). A colocação de tubos de ventilação em crianças com otite média serosa refratária é um procedimento cirúrgico muito realizado. Em casos de persistência da hipoacusia após a colocação do tubo de ventilação, é mandatória a avaliação da tuba auditiva e da presença de tecido adenoideano. Além disso, nesses pacientes é prudente a investigação de outras causas que justifiquem essa queixa (2). Entre elas, podemos destacar as más formações ossiculares.

As anomalias ossiculares de origem congênita do ouvido médio, quando isoladas, podem ser um diagnóstico desafiador (3). A tomografia computadorizada dos ossos temporais consiste na principal ferramenta utilizada na investigação médica nesses casos. Já o tratamento proposto varia conforme o grau e tipo da alteração apresentada, podendo consistir na utilização de aparelhos auditivos até a realização de reconstruções da cadeia ossicular (4).

O caso aqui apresentado consiste em uma má formação rara, bilateral, da cadeia ossicular do ouvido médio que, apesar de pequeno atraso para o seu diagnóstico, apresentou boa melhora com o tratamento proposto.

Comentários finais: Malformações da cadeia ossicular devem ser lembradas em pacientes com perdas auditivas condutivas.

TCP741

DESARTICULAÇÃO INCUDOESTAPEDIANA E FRATURA DA PLATINA DO ESTRIBO POR TRAUMA COM HASTE FLEXÍVEL**Autor principal:** PATRICIA ROSA NUNES**Coautores:** VANESSA RIBEIRO ORLANDO, FERNANDA GOMES RESENDE, GUSTAVO DUARTE NASCIMENTO, MATHEUS VICTOR RANGEL BARBOSA, MILENA GAVA FIM, SOFIA PEREIRA TIRONI, BRUNO PESTANA GOMES**Instituição:** Instituto de Otorrinolaringologia de Minas Gerais

Relato De Caso: D.J.P, masculino, 42 anos, sofreu queda da própria altura enquanto manipulava ouvido esquerdo com haste flexível. Evoluiu, então, com otalgia, otorragia, vertigem intensa, náusea, vômitos e hipoacusia. O exame físico otorrinolaringológico evidenciou presença de nistagmo espontâneo intenso. À otoscopia esquerda observou-se perfuração em quadrante pósterio-superior. A tomografia computadorizada de ossos temporais revelou pneumolabirinto, sinal de fístula perilinfática. À audiometria apresentava hipoacusia condutiva moderada. Procedemos, então, com timpanotomia exploradora de urgência, quando foi observado fratura longitudinal da platina do estribo e desarticulação incudoestapediana. Para fechamento da fístula utilizamos gordura do lóbulo e cola de fibrina. Após o procedimento, paciente evoluiu com melhora da tontura e audição. A nova audiometria, 3 meses após o procedimento, mostrou limiares audiométricos bem próximos da normalidade.

Discussão: Traumas no ouvido não são incomuns na prática otorrinolaringológica, entretanto o acometimento da orelha interna é mais raro. Fístulas perilinfáticas pós-traumáticas podem ocorrer por barotrauma, fraturas de osso temporal e trauma direto da membrana timpânica, apresentando, geralmente, a tríade: hipoacusia, zumbido e vertigem. Os locais mais comuns dessa injúria são as janelas oval e redonda, por serem as áreas mais frágeis da capsula ótica. A fratura do estribo pode levar a descontinuidade da janela oval e extravasamento da perilinfá para a cavidade do ouvido médio, resultando em perda auditiva neurosensorial. Já a perfuração timpânica e a desarticulação ossicular são responsáveis pela hipoacusia condutiva. O diagnóstico da fístula perilinfática é muito importante, baseia-se em exame otológico minucioso, completado por exames de imagem e audiológico. O exame padrão ouro para diagnóstico é a tomografia computadorizada (TC) dos ossos temporais, e o pneumolabirinto é sinal clássico de fístula perilinfática. Entretanto, algumas lesões apenas serão diagnosticadas durante a timpanotomia exploradora. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico. A decisão dependerá do tipo e extensão do dano à orelha média e interna, assim como o prognóstico, sendo o mesmo incerto.

Comentários finais: Embora a fístula perilinfática pós-traumática seja considerada uma patologia incomum, tal alteração deve ser suspeitada e corrigida o quanto antes, caso esta seja uma das hipóteses. O manejo terapêutico precoce pode evitar sequelas vestibulococleares.

Palavras-chave: Doenças da orelha interna; Hipoacusia mista condutiva-neurosensorial; Perfuração do tímpano.

TCP742

DISCORDÂNCIA RADIOLÓGICA/CIRÚRGICA DE DISJUNÇÃO DE CADEIA OSSICULAR APÓS TRAUMA: UM RELATO DE CASO**Autor principal:** MARIO DE GEUS NETO**Coautores:** FELIPE COSTA NEIVA, SAMUEL BORGES BASSETTI, VITOR BITTAR PRADO, MARCO TULIO CRUZ BRAGA, MARIA VICTORIA BASTOS TAVARES, CAMILA AYUMI GOTO, LORENZO SILVESTREIN SARTORELLI**Instituição:** IAMSPE

Apresentação do caso: Paciente masculino, 38 anos, procurou o atendimento de Otorrinolaringologia do nosso serviço no início de 2022 com queixa de zumbido e hipoacusia em ouvido direito. Os sintomas surgiram há cerca de 4 anos, após trauma aural à direita com cotonete. Relatou que na época do incidente apresentou tontura, otalgia, zumbido unilateral, hipoacusia importante e plenitude aural. Compareceu em consulta com otorrinolaringologista externo que observou perfuração de membrana timpânica em ouvido manipulado. Com o passar do tempo, referiu melhora da tontura, da otalgia, da sensação de plenitude aural e fechamento da perfuração timpânica. Porém, persistiu com hipoacusia à direita e zumbido ipsilateral, tipo chiado, contínuo, não pulsátil e pior ao silêncio.

Avaliado pelos autores com exame clínico e físico otorrinolaringológico em fevereiro de 2022, apresentava à otoscopia apenas leve espessamento da membrana timpânica à direita e teste de weber com lateralização para à direita. A audiometria de outubro de 2021 evidenciava uma perda auditiva mista moderada a profunda em ouvido direito com limiar de reconhecimento da fala em 65 dB, sem alterações em ouvido esquerdo. Já a imitanciometria, uma curva tipo Ad à direita* e tipo A à esquerda*, com reflexos ausentes bilaterais. Exame tomográfico evidenciou pneumatização normal da orelha média e células mastóideas bilateralmente, sem erosão óssea, além disso, observou-se, em imagens reconstruídas, linha de fratura em cabeça de martelo no lado manipulado. Com esse diagnóstico, foi indicada uma timpanotomia exploradora em ouvido direito para o paciente.

A cirurgia foi realizada sem intercorrências, via transmeática. Diferentemente do esperado, durante a cirurgia não foi observado fratura e/ou disjunção da cadeia ossicular, que apresentava mobilidade preservada. Encontrou-se, porém, uma fibrose envolvendo o martelo, que foi removida durante o procedimento.

Após a cirurgia, o paciente evoluiu com melhora discreta da hipoacusia e do zumbido em comparação com os sintomas pré-operatórios. Está realizando acompanhamento pós-operatório adequado e aguardando a realização de nova audiometria.

Discussão: Disjunções da cadeia ossicular com perda auditiva condutiva são relativamente comuns após trauma aural (1). Embora medidas conservadoras sejam uma boa alternativa em partes dos casos (2), a realização da timpanotomia exploradora da orelha média é uma cirurgia frequentemente utilizada e com bons Resultados (3).

A tomografia, por sua vez, é o principal exame de imagem pré-operatório utilizado nesses casos. No entanto, apesar de uma boa sensibilidade e especificidade para avaliação de fraturas e disjunções da cadeia ossicular (4), nem sempre os achados de imagem são correspondentes com os achados intraoperatórios. O caso aqui relatado consiste em um exemplo clássico de discordância radiológica/cirúrgica.

Comentários finais: Apesar da tomografia de ossos temporais geralmente ser fidedigna aos achados intraoperatórios nos casos de disjunção/fratura da cadeia ossicular, o cirurgião deve estar preparado para discordâncias radiológicas/cirúrgicas.

TCP743 GLOMUS JUGULAR - RELATO DE CASO

Autor principal: ALINE BATISTA LOPES

Coautores: JOSÉ CARLOS CONVENTO JÚNIOR, MARIANE PAIVA RANGEL, BEATRIZ COVICI BARROS, MATHEUS SAITO, MARCELO TEIXEIRA DA SILVA JUNIOR, JOSÉ VICENTE BOLELI SCARDINI ALVES, FABIO TADEU MOURA LORENZETTI

Instituição: Hospital de Otorrinolaringologia do Banco de Olhos de Sorocaba - BOS

Apresentação do caso: HA, feminino, 71 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica, pós-operatório tardio de tireoidectomia em reposição de levotiroxina, cálcio e calcitriol. Queixa de zumbido pulsátil e sensação de plenitude auricular em ouvido direito de início há 16 anos, associado a dor tipo fisgada, prurido intenso e episódios de otorréia intermitente com melhora espontânea em ouvido direito. Nega demais queixas.

A otoscopia com ótica rígida de 0° mostrou membrana timpânica íntegra, opaca e espessa, com abaulamento em região atical e parede posterior de conduto auditivo, de coloração retrotimpânica avermelhada e pulsátil. Conduto auditivo externo descamativo e ressecado, sem secreção purulenta.

A audiometria apresentou uma perda auditiva mista de grau moderadamente severo a direita, curva As e reflexos ausentes a direita.

A tomografia computadorizada (TC) de ossos temporais sem contraste mostrou células mastoides a direita com aerações parcialmente escleróticas, algumas células contendo material com atenuação de partes moles, sugerindo mastoidite crônica, presença de material com atenuação de partes moles ocupando a região do hipo e mesotímpanos a direita, envolvendo a cadeia ossicular.

A ressonância magnética (RM) de encéfalo com contraste mostrou lesão expansiva osteolítica na base do crânio a direita, centrada no espaço carotídeo / forame jugular devendo-se considerar como principais hipóteses as possibilidades de paraganglioma do glomo jugular e implantes secundários. Lesão mantém contato íntimo com as células aéreas da mastoide. Tumor apresentou crescimento de 1 cm em 1 ano, comparando duas RM feitas pela paciente.

Realizado diagnóstico de glomus jugular a direita, a paciente foi orientada que trata-se de um tumor benigno mas que está apresentando um crescimento rápido e envolvendo estruturas nobres. Foi encaminhada para hospital geral terciário, para abordagem cirúrgica.

Discussão: Os paragangliomas, também chamados de quimiodectomas, são tumores benignos que se originam de derivados da crista neural, conhecidos como paragânglios, podendo ser simpáticos ou parassimpáticos e ter localização variada, com incidência relatada de 1 a 3 por 100.000 pessoas.

O glomus jugular é um paraganglioma neuroendócrino parassimpático raro, com incidência anual de 0,07 por 100.000 pessoas, que se origina no gânglio vagal superior a nível do forame jugular, e está localizado na fossa jugular no osso temporal da base do crânio. Trata-se de um tumor benigno e de crescimento lento, mas por ser altamente vascularizado e ter localização anatômica de difícil acesso devido a proximidade com estruturas nobres, o manejo desses casos é um desafio.

O quadro clínico é marcado por zumbido pulsátil, hipoacusia, e sensação de plenitude auricular, a otoscopia é bem característica, com abaulamento de membrana timpânica e massa retrotimpânica avermelhada, o que permite alto grau de suspeição apenas com anamnese e exame físico.

A audiometria cursa com perda auditiva condutiva ou mista. A RM de encéfalo com contraste deve ser o primeiro exame de imagem a ser solicitado, pois mostra a vascularização do tumor, extensão ao longo dos forames neurais e multicentricidade. A angiografia permite confirmação diagnóstica, avaliação do rubor tumoral, identificação e embolização dos vasos que alimentam o tumor, permitindo maior segurança e menor sangramento na cirurgia de exérese do tumor.

Comentários finais: Apesar de ser um tumor de crescimento lento, o diagnóstico tardio, como no caso relatado, pode significar um prognóstico mais reservado. Portanto, é de extrema importância a disseminação de informação sobre o tema.

Palavras-chave: glomus jugular; paraganglioma; zumbido pulsátil.

TCP744

PERICONDRITE REFRACTÁRIA EM PACIENTE COM DEFICIT COGNITIVO

Autor principal: RAFAELA ABRAMOSKI RIBEIRO**Coautores:** ALINE EMER FAIM, JÚLIA VIDAL CARAMORI, ALINE SUZIE GOMES, ISABELLA MARIA OLIVEIRA MIRANZI, ABNER DE OLIVEIRA GRIPP DONATO, JULIANA GUEDES AMORIM MENDONÇA, ANA PAULA RIBEIRO REIS**Instituição:** Santa Casa de Ribeirão Preto

Apresentação do caso: D.A, 32 anos, portadora de paralisia cerebral devido encefalopatia hipóxico-isquêmica neonatal moradora do Hospital de Retaguarda de Ribeirão Preto - Cantinho do Céu, compareceu como caso novo no ambulatório de otorrinolaringologia na Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto(SCMRP), com presença de importante edema e hiperemia em região de pavilhão auricular direito iniciado há dois meses. Na instituição da paciente havia sido coletado cultura de secreção com presença de *Pseudomonas aeruginosa* e realizados tratamentos prévios com amoxicilina+clavulanato, ciprofloxacino associado a clindamicina, meropenem associado a piperacilina+ tazobactam , além de drenagem local, sem melhora do quadro.

Após avaliação inicial, foi constatado área de flutuação em região de hélice, anti-hélice e fossa triangular do pavilhão auricular direito, optado então pela realização de drenagem local com saída de secreção serosa, coletada para nova análise de cultura e posicionado curativo compressivo com splint embebido em pomada antibiótica(neomicina+bacitracina). Após 48 horas da primeira avaliação foi retirado curativo, realizada nova drenagem e posicionado curativo compressivo com faixa associado a novo splint. Avaliações foram realizadas a cada 48 horas, e se observados locais com flutuação local, eram realizados drenagem e curativo compressivo, e devido persistência de coleção, foi tentado colocação de dreno de penrose, porém sem sucesso pelo quadro neurológico da paciente (a mesma removia drenos e curativos), optado por manter drenagem e associação com levofloxacino+ amoxicilina+ clavulanato. A cultura coletada em nossa avaliação apresentou resultado negativo, possivelmente devido a quantidade de antibióticos já utilizados pela paciente. Após múltiplos curativos e drenagens, 7 dias de levofloxacino e 14 dias de amoxicilina+ clavulanato a paciente apresentou melhora importante, sem novas coleções, apenas com edema em um local, o qual foi posicionado novo curativo com splint por mais 48 horas. Após dois dias do novo splint, o mesmo foi retirado, e com a melhora das coleções e do edema optado por manter sem curativo. A paciente apresentava áreas de consistência fibrótica, com deformidade anatômica cicatricial, as reavaliações tornaram-se mais espaçadas, e a paciente permaneceu sem formação de novas coleções, mas manteve aspecto cicatricial.

Discussão: A pericondrite é uma afecção de fácil diagnóstico na maioria das vezes, é um quadro doloroso, em que a pele pode apresentar-se descamativa, com crostas e debris celulares, e a cartilagem envolvida elimina secreção seropurulenta , a orelha torna-se eritematosa, endurecida e dolorosa a palpação.A infecção quando instalada pode disseminar-se rapidamente por todo o pavilhão, principalmente nas porções livres e no terço superior. A infecção é geralmente polimicrobiana, sendo a *Pseudomonas aeruginosa* a bactéria mais encontrada nas culturas. O tratamento inicial é realizado com debridamento, drenagem de pontos flutuantes e antibioticoterapia tópica e oral, e coletadas culturas para direcionar antibioticoterapia, sendo ciprofloxacino e ceftazidizima os mais utilizados. Alguns casos necessitam de drenos locais e outros de ressecção cirúrgica da cartilagem. A identificação correta e o início do tratamento precoce promovem melhor prognóstico, com maiores chances de evolução satisfatória, porém o tratamento tardio e a presença de complicações contribuem para sequela estética.

Comentários finais: Esse caso permitiu observarmos o impacto que o tratamento tardio pode trazer e que o diagnóstico e abordagem precoces são essenciais para um melhor resultado final. Reiteramos a importância da coleta de cultura antes de iniciar o antibiótico quando houver presença de coleção, permitindo um tratamento mais assertivo. Muitas vezes, mesmo com o tratamento adequado e precoce, com melhora do quadro infeccioso-inflamatório, sequelas estéticas podem acontecer, portanto a identificação correta dessa patologia é fundamental para um melhor prognóstico clínico e estético.

Palavras-chave: pericondrite; cultura; refratária.

TCP745

RELATO DE CASO: PERDA AUDITIVA RAPIDAMENTE PROGRESSIVA APÓS METOTREXATE PARA MANEJO DE ESCLERODERMIA**Autor principal:** MARINA SIMÕES FÁVARO**Coautores:** AMANDA ANDRAUS SIMONIAN, CARLOS EDUARDO BORGES REZENDE, BÁRBARA CAROLINA MIGUEL JORGE, FERNANDO BRUNO MERELLO, JOSE MAURICIO TERCÍ DE ABREU, FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR, PRISCILA BOGAR**Instituição:** *faculdade de medicina do ABC*

Apresentação do caso: Este relato apresenta uma paciente de 27 anos, feminino, caucasiana, com história de anacusia unilateral à esquerda desde a infância. Há 3 anos, foi submetida a cirurgia para colocação de prótese auditiva osteoancorada, que possibilitou a transmissão óssea do estímulo sonoro pela calota craniana até a cóclea contralateral, conferindo binauralidade e estereofonia à paciente, que manteve limiares auditivos normais em orelha direita.

O caso passou a requerer maior atenção depois do diagnóstico de esclerodermia, após apresentar espessamento cutâneo difuso, associado a hiperpigmentação sobrejacente e biópsia de pele com dermatite perivascular de interface vacuolar com derrame pigmentar e paraqueratose focal. Para tratamento da doença autoimune introduziu-se pulsoterapia com Metotrexate (MTX), seguida por manutenção com doses menores.

Diante desse manejo, a paciente queixou-se de hipoacusia em orelha direita. Desde então, passou a realizar audiometrias com frequência para documentação do quadro. Os mesmos demonstraram diminuição rapidamente progressiva da acuidade auditiva à direita, que passou a apresentar limiares auditivos no intervalo de 30-40dB (hipoacusia moderada).

Na tentativa de se evitar piora da audição, modificou-se o tratamento imunossupressor e interrompeu-se o uso de MTX, sendo este substituído por hidroxicloroquina, o que não foi o suficiente para impedir a progressão da perda auditiva.

O presente relato evidencia um desafio diagnóstico otológico, salientando-se: Seria a perda auditiva rapidamente progressiva decorrente de ototoxicidade pelo uso de imunossupressores, ou se trata de uma perda auditiva decorrente de um processo autoimune da orelha interna levando-se em conta o diagnóstico recente e a epidemiologia da paciente?

Discussão: A esclerose sistêmica (ES) ainda tem sua fisiopatologia incerta, apresenta acometimento multissistêmico, causando anormalidades no sistema imunológico, tecido conjuntivo e vascular. Podendo desencadear inflamação crônica, lesão difusa dos pequenos vasos e fibrose progressiva na pele e em vários órgãos, portanto, pode acometer o sistema auditivo de maneira variável.

Um estudo prospectivo feito na Bahia em dois momentos, 2012 e 2015, avaliou alterações da audição em pacientes com diagnóstico de esclerodermia através da avaliação audiométrica. Foram selecionados 50 indivíduos, com idade média de 49 anos, sendo 41 mulheres, corroborando com as características da paciente relatada, excluídos pacientes com outros fatores de risco que pudessem colaborar para a instalação ou progressão da perda auditiva. Foi considerada como perda mudança igual ou superior a 10dB em pelo menos uma frequência. Obteve-se como resultado, que 46% dos indivíduos com ES progrediram com perda auditiva.

Outro estudo realizado no Hospital Hafez entre março de 2016 e março de 2017 avaliou hipoacusia subjetiva e objetivamente em 54 pacientes diagnosticados com esclerodermia. Subjetivamente 18,5% dos pacientes se queixam de perda auditiva, em contraste com 66,7% dos casos que apresentavam alterações audiométricas. Portanto, mostra-se necessário a investigação de audiológica de pacientes diagnosticados com ES mesmo que não apresentem queixas.

Em relação ao MTX, utilizado em altas doses pela paciente, é um quimioterápico, também utilizado como imunossupressor, que apresenta atividade imunomoduladora contra uma variedade de condições inflamatórias. Foi realizada uma pesquisa em São Paulo com 14 crianças entre 2-12 anos com leucemia linfóide aguda recebendo tratamento com MTX. Após o tratamento, 60% das crianças menores de 5 anos apresentaram deficiência auditiva, feita avaliação do potencial evocado auditivo de tronco encefálico perceberam que 80% mostravam alguma forma de mudança e atraso de latência.

Considerações Finais: São escassos estudos na literatura sobre alterações auditivas em pacientes expostos a medicações ototóxicas e doenças autoimunes.

Este caso mostrou que ambos podem justificar a hipoacusia e que o conhecimento das possíveis causas de perda de audição possibilita um rastreio precoce pela equipe, orientando a condução e reabilitação desta.

Palavras-chave: Hearing loss; Scleroderma; Methotrexate.

TCP746

EPIDEMIOLOGIA DAS OTITES MÉDIAS E OUTROS TRANSTORNOS DO OUVIDO MÉDIO/ MASTOIDE NO AMAZONAS EM 11 ANOS**Autor principal:** MOISÉS DE OLIVEIRA MEDEIROS**Coautores:** LUAN FELIPE DE SOUZA CARDOSO, ALEXANDRE LIM TJIN SENG, EMILY BARBOSA DO NASCIMENTO, DIEGO MONTEIRO DE CARVALHO**Instituição:** Universidade do Estado do Amazonas

Objetivo: Definir o perfil epidemiológico dos pacientes internados por otite média e outros transtornos do ouvido médio e da apófise mastoide no estado do Amazonas e comparar tais dados com os dados do Brasil nos últimos 11 anos.

Métodos: Estudo epidemiológico descritivo que teve como fonte de dados informações obtidas do Sistema de Informações Hospitalares hospedado do site do Data SUS no qual o Ministério da Saúde divulga os dados de indicadores da saúde do país. Analisou-se o período de dezembro de 2009 a dezembro de 2021 e as variáveis estudadas foram internações, faixa etária, raça/etnia e sexo.

Resultados: No Amazonas houve um total de 8.943 internações por otite média e outros transtornos do ouvido médio e da apófise mastoide entre dezembro de 2009 e dezembro de 2021 qualificando-se como a região com menor números de internações por este agravo, enquanto no Brasil neste mesmo período foram registradas 156.333 internações, sendo a região sudeste com o maior número de internações com 76.400 casos. A faixa etária mais acometida no Amazonas foi a de 1-4 anos, sendo responsável por 21,3% das internações, tal como no contexto nacional onde a frequência nesta faixa etária foi de 16,2%. A segunda faixa etária mais acometida no Amazonas foi a de até 1 ano sendo responsável por 13,16% das internações enquanto no contexto nacional a segunda mais acometida foi a de 5-9 anos com 11,7% das internações. Quanto a raça/etnia, a população parda (59,96%) foi a mais atingida no Amazonas, por outro lado, no contexto nacional, a raça/etnia mais atingida foi a população branca (41,2%). O sexo mais afetado no Amazonas foi o feminino, com uma frequência de internações de 51,5%, consonante com os dados nacionais que indicam uma frequência no sexo feminino de 52%.

Discussão: A otite média é uma doença infecciosa e inflamatória que acomete o ouvido médio, sendo causada por bactérias e vírus ou outros agentes infecciosos/inflamatórios. Costuma ocorrer durante ou logo após gripes, resfriados, infecções respiratórias inferiores ou faringotonsilites devido à passagem de microorganismos das vias aéreas para a orelha médias através da tuba auditiva. Os sintomas mais comuns são otalgia intensa, hipoacusia, febre, perda de apetite, otorréia. As otites médias agudas e crônicas podem levar a complicações, que podem ser intratemporais como tromboflebite, mastoidite aguda, abscesso subperiosteal, mastoidite de Bezold, mastoidite crônica, labirintite, paralisia do nervo facial; ou intracranianas como abscessos extra e subdurais, cerebrais e cerebelares, hidrocefalia otogênica, meningite e trombose do seio sigmoide, levando à internações e sequelas, raramente óbito.

Conclusão: Os dados apontam que o perfil dos pacientes internados por otite média e outros transtornos do ouvido médio e da apófise mastoide no Amazonas é predominantemente feminino, na faixa etária de 1-4 anos o que está de acordo com os dados nacionais. Todavia a raça/etnia mais acometida no Amazonas é a parda, enquanto no contexto nacional a frequência é maior entre brancos.

Palavras-chave: Internações; otites; complicações otológicas.

TCP747 GLOMUS TIMPÂNICO: RELATO DE CASO**Autor principal:** PEDRO HENRIQUE PONTES**Coautores:** CAROLINA OLIVER BRANDÃO, OCTAVIO SAKAHARA SAITO, LUCAS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO, MONIK MIRMOWICZ, MARIA CARMELA CUNDARI BOCCALINI, DEBORA MEDEIROS, GABRIELA BERALDO BELÃO**Instituição:** *Hospital Cema*

Caso clínico: Paciente feminina, 90 anos, aposentada, branca, com antecedentes patológicos de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia. Apresentou queixa de hipoacusia e zumbido pulsátil em ouvido direito com início há 15 anos, com piora progressiva lenta, sem melhora aos tratamentos clínicos e perda de seguimento ambulatorial. À otoscopia houve visualização de tumoração retrotimpânica de coloração vinhosa e pulsátil em ouvido direito. Realizado audiometria que demonstrou perda auditiva do tipo mista de grau moderado à direita e perda auditiva do tipo neurosensorial leve à esquerda. Seguindo a investigação, foi realizado Tomografia Computadorizada e Ressonância Nuclear Magnética de ossos temporais que evidenciaram material lobulado que preenchia completamente as células mastoídeas, antro mastoídeo e cavidade timpânica à direita, com erosão do processo curto da bigorna. Neste caso, foi optado por tratamento expectante devido à idade da paciente.

Discussão: Os tumores glômicos, também denominados paragangliomas ou quemodectomas, são considerados os tumores benignos mais frequentes do ouvido médio, sendo hipervascularizados e de crescimento lento. O sintoma mais comum é o zumbido pulsátil, seguido da hipoacusia condutiva. Outros sintomas estão relacionados ao crescimento tumoral e sua invasão óssea, sendo geralmente mais tardios. Faz-se necessário a utilização de exames subsidiários para prosseguir com a investigação, principalmente quando visualizado uma massa pulsátil e avermelhada na otoscopia, o que eleva nossa suspeição diagnóstica. Logo, a audiometria e a Tomografia Computadorizada de ossos temporais são os principais exames a serem realizados inicialmente. A escolha do tratamento deve ser individualizada, levando-se em consideração idade, sintomatologia, comorbidades e localização do tumor. O tratamento de escolha é a radioterapia ou exérese cirúrgica com ou sem embolização prévia e com confirmação do exame anatomopatológico para descartar outros tumores. No entanto, a vigilância clínica também é válida a depender do paciente. Independente da escolha do tratamento o acompanhamento a longo prazo é indispensável.

Conclusão: Diante de pacientes com queixa de zumbido pulsátil faz-se necessária a investigação completa com exames de imagem para não retardar o diagnóstico de glomus timpânico e consequentemente seu tratamento

Palavras-chave: glomus; timpânico; tumor benigno.

TCP748

IMPLANTE COCLEAR APÓS INTERNAÇÃO PROLONGADA POR COVID-19**Autor principal:** SÁVIA MOURA TRINDADE VIANA**Coautores:** ANDRÉ LIMA VALENTE, ANA VIRGÍNIA TORQUATO DE AQUINO, GABRIELA MAIA ALMEIDA BRANDÃO LINO, JESSICA KUCHAR, NATALIA LOMBARDI PESSOA, JULIANA GUSMÃO DE ARAUJO, ANDRÉ LUIZ LOPES SAMPAIO**Instituição:** Hospital Universitário de Brasília

Relato de caso: Paciente DSR, masculino, 42 anos, obeso e hipertenso, apresentou em outubro de 2020 quadro de infecção por coronavírus, evoluindo com síndrome respiratória aguda grave e necessidade de internação em unidade de terapia intensiva e intubação orotraqueal no dia 03/10/2020. Durante a internação, fez uso de múltiplos antibióticos, entre eles amicacina e gentamicina, além de outras medicações ototóxicas, como a furosemida. Apresentou episódio de parada cardiorrespiratória por 4 minutos no dia 26/11/2020. Teve diagnóstico de perda auditiva após retirada de sedação. Após longo período de recuperação, paciente recebeu alta no dia 18/02/2021.

Paciente deu entrada no ambulatório de implante coclear no dia 28/04/2022, em cadeira de rodas, com queixa de perda auditiva e zumbido bilateral contínuo. Em audiometria de julho de 2021 apresentava perda auditiva neurosensorial bilateral, com média tritonal de 75 dB em orelha direita e 85 dB em orelha esquerda. Realizado teste de ganho com aparelho auditivo de amplificação sonora individual com discriminação de 0% para palavras dissílabas e trissílabas em audiometria em campo livre. Paciente com resultado de 0% em identificação de sentenças a 60 dBNA, mostrou-se candidato ao implante coclear (IC). Foi submetido a IC em orelha esquerda no dia 06 de junho de 2022 e realizou ativação do implante no dia 11/07/2022. Retornou em consulta no dia 28/07/2022 relatando boa adaptação com uso de IC, já interagindo melhor com a família. Atualmente em fonoterapia e seguimento ambulatorial multidisciplinar com equipe do implante coclear do Hospital Universitário de Brasília.

Discussão: O manejo do COVID-19 e suas complicações envolve o uso de diversas medicações e os pacientes podem apresentar múltiplas sequelas após internações prolongadas, entre elas a perda auditiva. Alguns estudos usando avaliações auditivas objetivas relataram predominantemente perda auditiva neurosensorial (PANS), o que pode resultar do impacto direto do SARS-CoV-2 no órgão de Corti, estria vascular e/ou gânglio espiral. Algumas das possibilidades de lesão seriam por meio de processos inflamatórios, com aumento de citocinas e espécies reativas de oxigênio ou por lesão direta das estruturas do ouvido interno. Outro possível agressor ao ouvido são os medicamentos com potenciais efeitos ototóxicos recebidos durante o tratamento do COVID-19 e suas complicações.

O implante coclear é um tratamento padrão para perda auditiva neurosensorial severa a profunda bilateral, sem benefício com uso de aparelhos auditivos. Assim, apesar da patogênese da perda auditiva em pacientes como o relatado serem variadas, a reabilitação auditiva é de fundamental importância para restabelecer o convívio social e trazer a possibilidade auditiva novamente ao paciente após uma experiência tão traumática.

Conclusão: Pouco se sabe sobre o possível envolvimento do ouvido interno em infecções por COVID-19, em especial, em pacientes com internações prolongadas e múltiplas complicações durante a recuperação. No entanto, a reabilitação auditiva é uma possibilidade para pacientes com perda neurosensorial severa ou profunda, com objetivo de restabelecer a qualidade de vida. Assim, o conhecimento sobre as possibilidades de reabilitação precoce e restabelecimento da audição desses pacientes deve ser aventada tão logo seja feito o diagnóstico.

Palavras-chave: implante coclear; ototoxicidade; COVID-19.

TCP749 CASE REPORT - RAMSAY HUNT SYNDROME

Autor principal: LUISI MARIA MEZZOMO

Coautores: CAROLINA RODRIGUES LARANJEIRA VILAR, ANNE LOUISE TORTATO DUARTE COSTA BARTH COSTAMILAN, LETICIA LEAHY, ERIKA YUMI NAKAGAWA, JOSE FERNANDO POLANSKI, ROGERIO HAMERSCHMIDT

Instituição: *Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná*

Case Presentation: A 21-year-old female patient with complaints of otalgia and allodynia in the right ear for 7 days, followed by aural fullness and hypoacusia on the right ear for 3 days, with no other complaints. Physical examination showed right peripheral facial palsy, with Bell's sign present, vesicles in the right outer ear, with mild hyperemia of the external auditory canal and tympanic membrane. About 20 days before the onset of symptoms, the patient reported she had the third dose of the Janssen vaccine for COVID-19. Tonal audiometry was performed showing right-sided sensorineural hearing loss between 6 and 8 kHz. Drug treatment was prescribed with prednisone for 5 days and acyclovir for 10 days, in addition to motor physical therapy. She remained on follow-up and after two months of treatment showed complete improvement of the condition and facial paralysis.

Discussion: Ramsay Hunt syndrome is a complication of herpes zoster in which reactivation of latent virus infection in the geniculate ganglion of cranial nerve VII causes otalgia, auricular vesicles and lower motor neuron facial palsy. The proximity of the facial nerve to the vestibulocochlear nerve can also result in hearing loss, tinnitus, and vertigo.

Final Comments: This case demonstrates the usefulness of steroid and acyclovir therapy in the management of Ramsay Hunt syndrome. Although there are reports of facial paralysis following covid-19 vaccines, we cannot claim that there is a direct correlation.

Palavras-chave: Ramsay Hunt syndrome; herpes zoster; facial palsy.

TCP750

ESCITALOPRAM COMO ADJUVANTE NO TRATAMENTO DO ZUMBIDO

Autor principal: RODOLFO BAPTISTA GIFFONI

Coautores: MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ, JULYANA CARNEIRO GOMES, THATIANA PEREIRA SILVA, NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO, VERENA SILVA CALDAS, SANDRO DE MENEZES SANTOS TORRES

Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Objetivos: Avaliar o uso do Escitalopram como adjuvante no tratamento do zumbido e seus possíveis benefícios na redução do desconforto e na percepção incômoda decorrente do quadro.

Metodologia: Estudo retrospectivo, baseado em revisão de prontuários, em um grupo (N=73) de adultos e idosos submetidos ao tratamento com Escitalopram 10 mg, via oral, uma vez ao dia durante seis meses. Os dados extraídos do prontuário foram: acufenometria, escala visual analógica (EVA) e Tinnitus Handicap Inventory, que foi colhido no início do tratamento (THI inicial) e ao final (THI final) após os seis meses.

Resultado: Os 73 pacientes com zumbido, sem causa específica, foram submetidos ao uso de Escitalopram. O THI foi a principal variável avaliada nesse estudo, após os seis meses de tratamento, a variação média da escala foi de 34,15 pontos, sendo a média do THI inicial de 72,81 e o THI final de 38,66. Dos pacientes, 65 (89%) obtiveram algum benefício do tratamento com uma variação mínima de 6 pontos e máxima de 94 pontos. Enquanto dois (3%) pacientes não apresentaram melhora ou piora do quadro e os seis (8%) pacientes restantes apresentaram piora, apesar do tratamento, com aumento médio de 20 pontos, sendo a menor variação de 2 e a maior de 28 pontos.

Discussão: Por ser um sintoma e ser encontrado em diversas enfermidades otológicas e não otológicas, com uma fisiopatologia complexa, múltipla, e ainda não esclarecida, diversas modalidades terapêuticas têm sido empregadas na tentativa de cura ou mesmo controle do zumbido. Nenhuma droga se mostrou totalmente eficaz para eliminação primária da causa do zumbido. Entretanto, quando focamos o tratamento nos efeitos secundários, sobre o sistema límbico, empregando tratamento medicamentoso ou terapias cognitivo-comportamentais, buscamos uma alternativa indireta para eliminação do desconforto causado pelo zumbido e a eliminação ou, ao menos, redução em sua percepção. Não obstante, bons Resultados vêm sendo obtidos com esse modelo de intervenção reforçando mais um campo de atuação contra essa manifestação.

Conclusão: Apesar de se tratar de um análise observacional retrospectiva, onde não há maior controle sobre a população estudada, o presente estudo sugere uma eficácia do uso de 10 mg de Escitalopram, uma vez ao dia, como adjuvante no tratamento do zumbido sem causa específica, visto a resposta estatisticamente significativa no quadro em 89% da amostra estudada. Contudo, os pacientes foram acompanhados durante seis meses não ficando evidente, nesse estudo, a duração dos benefícios do tratamento após esse período. Dessa forma serão necessários mais estudos com metodologias específicas para fortalecer o resultado e elucidar esses questionamentos.

Número do parecer do CEP: CEP/UEFS nº 5.560.869

Palavras-chave: zumbido; desconforto; escitalopram.

TCP751

PERFIL DE PACIENTES COM SURDEZ PRÉ-LINGUAL IMPLANTADOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA DE IMPLANTE COCLEAR**Autor principal:** NATHÁLIA FERNANDA DA SILVA**Coautores:** FELIPPE FELIX, DENIS DE MELO PINTO RANGEL, MATHEUS MARTINES GOMES, IVIS ANDREA MARQUES FERRO, EVELINE TASCA RODRIGUES, GUILHERME SOARES CRESPO**Instituição:** UFRJ

Objetivos: Determinar o perfil de pacientes com perda auditiva neurossensorial pré-lingual, de grau severo a profundo bilateral, submetidos a cirurgia de implante coclear unilateral, no período de 2012 a 2022, em Centro de Referência Estadual de Implante Coclear.

Métodos: Estudo descritivo retrospectivo embasado em informações obtidas a partir de banco de dados do Ambulatório de Implante Coclear e de prontuário dos pacientes implantados no período de 02/07/2012 até 26/07/2022. Critérios de inclusão: pacientes até 7 anos incompletos com perda auditiva neurossensorial pré-lingual, de grau severo a profundo bilateral, submetidos a cirurgia de implante coclear unilateral, seguindo os critérios da Portaria GM/MS nº 2.776, de 18 de dezembro de 2014. Foram excluídos aqueles que não se encaixaram nos critérios citados, aqueles com dados incompletos ou aqueles submetidos a cirurgia, porém não implantados. Os seguintes dados foram apurados: sexo, idade no momento do implante e etiologia da perda auditiva. As etiologias foram classificadas em: genética síndrômica, genética não síndrômica, má formações, infecciosa congênita (rubéola, toxoplasmose, citomegalovirose, zika, sífilis e herpes), meningite, trauma, iatrogênica, fatores perinatais, neuropatia auditiva, ototoxicidade isolada e idiopática. Os fatores perinatais englobaram: anóxia ao nascer, permanência em UTI por mais de 5 dias, exposição à ototóxicos ou peso < 1,500g. Foram realizadas medidas de prevalência.

Resultados: Foram incluídos 75 meninos (57,69%) e 55 meninas (42,30%). A mediana da idade ao ser implantado foi de 4 anos, sendo o mais jovem com 1 ano e 1 mês. Na avaliação por sexo, a mediana de idade foi de 4 anos e 1 mês para meninas e 3 anos e 1 mês para meninos. A etiologia mais prevalente foi a idiopática (n= 52; 40%), seguida de fatores perinatais (n= 29; 22,30%) e infecções congênicas (n=19; 14,61%). Dentre as infecções congênicas citadas houve destaque para citomegalovírus (n=8) e sífilis (n=5). No grupo de pacientes do sexo feminino, as mais comuns foram: idiopática (n=21), fatores perinatais (n=13) e infecções congênicas (n=11), sendo o citomegalovírus preponderante. Já nos pacientes masculinos: idiopática (n=31), fatores perinatais (n=16) e genética (n=13). Considerando apenas alterações genéticas (n=16), pacientes síndrômicos foram os mais prevalentes (n=9), sendo a síndrome de Waardenburg a mais comum (n=5).

Discussão: Na nossa amostra, tivemos um maior número de pacientes do sexo masculino, o que também foi descrito em análises de pacientes implantados realizadas em Natal (2011) e Manaus (2012). Cerca de 49,23% (n=64) crianças realizaram a cirurgia até 4 anos incompletos. A respeito das etiologias, a literatura tende a observar diferentes prevalências de acordo com as características socioeconômicas da população. Em países desenvolvidos, aproximadamente 60% dos casos de perda auditiva neurossensorial são de etiologia genética, em 30%, as adquiridas e em 10%, idiopáticas (Schmidt & Tochetto, 2009). Dentre as causas genéticas, 70% seriam não síndrômicas. No nosso estudo, as causas preveníveis ainda prevaleceram, apesar dos avanços no cuidado materno-infantil e na cobertura vacinal. Segundo estudo sobre perda auditiva adquirida em crianças, publicado em 2015, a infecção congênita por citomegalovírus é a causa de surdez neurossensorial não genética mais comum no mundo. Na nossa análise, esta também foi a etiologia mais comum dentre as infecciosas. O elevado percentual de causas idiopáticas pode mascarar etiologias genéticas não definidas, por conta da indisponibilidade de testes genéticos na rede pública de saúde.

Conclusão: Os pacientes com perda auditiva neurossensorial, pré-lingual, de grau severo a profundo bilateral submetidos ao implante coclear unilateral foram em sua maioria do sexo masculino. A mediana de idade para o implante foi de 4 anos, o que torna-se preocupante pelo tempo de privação sonora. A principal etiologia encontrada foi a idiopática, o que aponta para deficiências na investigação diagnóstica; As causas perinatais ainda retêm importância, assim como as infecções congênicas.

Palavras-chave: implante coclear; pré-lingual; surdez.

TCP752

SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT: UM RELATO DE CASO

Autor principal: CARLA SOFIA MENDIVIL SUAREZ

Coautores: GABRIEL PEREIRA DE ALBUQUERQUE E SILVA

Instituição: *Clínica Vida e Saúde*

Apresentação do caso: Paciente feminina de 40 anos, sem comorbidades prévias, comparece ao consultório de Otorrinolaringologia com queixa de otalgia intensa em ouvido direito, associado a paralisia facial ipsilateral há 1 semana. Relatava também presença de lesões cutâneas na orelha direita. Relatou ter ido para avaliação em serviço de Emergência, quando lhe foi prescrito fitoterápico à base de maracujá e recebeu alta. Na avaliação em consultório, apresentava lesões cutâneas vesiculares em região de antitragus e na entrada do meato acústico externo. A otoscopia encontrava-se sem alterações bilateralmente. Apresentava também paralisia facial em hemiface direita grau V na escala de House-Brackmann. A paciente relatava ter tido quadro de varicela na infância. Foi prescrito Prednisona 60mg por 7 dias - com desmame gradual a partir do 8º dia - e Valaciclovir 1g de 8/8h por 7 dias, associado a oclusão ocular noturna. Paciente retornou para revisão 1 semana depois, relatando resolução completa da otalgia e melhora da paralisia facial. Ao exame, as lesões cutâneas haviam reduzido significativamente e apresentava diminuição da severidade da paralisia facial, que encontrava-se no grau III de House-Brackmann. Paciente foi então encaminhada para fisioterapia e orientada a retornar para revisão em 1 mês.

Discussão: O caso descrito é compatível com a Síndrome de Ramsay-Hunt, uma infecção rara do nervo facial e auditivo que provoca paralisia facial, e pode causar problemas de audição, vertigens e aparecimento de manchas ou bolhas na região da orelha. Esta doença, também conhecida como herpes zóster do ouvido, é causada pela reativação do vírus herpes zóster, responsável pela varicela, que se encontra latente no núcleo geniculado do nervo facial dentro do osso temporal. Tal reativação viral é mais comum em imunossuprimidos, diabéticos, crianças e idosos, porém pode afetar também imunocompetentes, como no caso descrito acima. A síndrome inclui a tríade: paralisia facial ipsilateral, otalgia e *rash* vesicular no pavilhão auditivo ou auricular. No caso descrito, após tratamento com corticoterapia em altas doses e antivirais com ação contra o vírus da herpes, a paciente apresentou melhora sintomática significativa. Um dado preocupante no caso relatado é a pouca importância dada ao sintoma da paralisia facial quando de sua avaliação na Emergência, visto que tal sintoma não costuma ser visto em casos de ansiedade ou stress emocional; o sintoma de paralisia facial necessita ser avaliado corretamente e tratado de acordo, pois frequentemente pode deixar sequelas estéticas e funcionais permanentes caso não seja investigado de uma maneira minuciosa.

Comentários finais: A Síndrome de Ramsay-Hunt deve ser considerada uma hipótese diagnóstica frente a um quadro de paralisia facial ipsilateral a lesões cutâneas vesiculares em orelha. De acordo com o caso apresentado, são importantes um exame físico otorrinolaringológico atento e o conhecimento dessa rara afecção para realização de diagnóstico e tratamento corretos, visto que é uma condição que pode deixar significativas sequelas.

Palavras-chave: paralisia facial; ramsay-hunt; herpes zóster.

TCP753

ACURÁCIA DIAGNÓSTICA DO VÍDEO OTOSCÓPIO EM PERFURAÇÃO DE MEMBRANA TIMPÂNICA: RESULTADOS PARCIAIS**Autor principal:** LEONARDO RESENDE DE SOUSA**Coautores:** IGOR SOUZA PESSOA DA COSTA, GUILHERME ADAM FRAGA, LUIZ FERNANDO MANZONI LOURENÇONE**Instituição:** Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP)

Objetivo: Avaliar a acurácia diagnóstica do vídeo otoscópio, quando comparado ao microscópio, em casos de perfuração da membrana timpânica de pacientes com queixas otológicas atendidos na Divisão de Saúde Auditiva de um hospital terciário.

Métodos: Este é um estudo de acurácia diagnóstica. Foram convidados a participar da pesquisa todos os pacientes com idade acima de 8 anos atendidos no ambulatório de otorrinolaringologia que tinham alguma queixa que poderia estar relacionada a perfuração, sendo elas: otalgia, otorreia, zumbido e/ou hipoacusia. Após a aceitação de participação no estudo, os participantes foram avaliados por 3 diferentes métodos diagnósticos (otomicroscopia, otoscopia convencional e vídeo otoscopia), de forma sequencial e encoberta entre os examinadores. Neste estudo a otomicroscopia foi considerada como padrão-ouro na avaliação da membrana timpânica. Os dados foram coletados por meio do REDCap e para análise do objetivo principal foi realizado o teste de McNemar para dados pareados. A pesquisa foi aprovada no CEP da instituição, sob parecer nº 4.822.715.

Resultados: Ao atingir a metade da amostra de acordo com o cálculo realizado no início do estudo, foram avaliados 88 pacientes, totalizando 176 membranas timpânicas (MT) examinadas. Metade da amostra foi formada por participantes do sexo masculino e os outros 50% pelo sexo feminino. A média de idade encontrada foi de 47,9 ($\pm 16,7$) anos. Em relação às queixas dos pacientes, a hipoacusia foi observada em 93,2% (164) da amostra. Nos casos de perfuração da MT, a hipoacusia e a otorreia foram os sintomas mais frequentes, com 53,8% (7) cada. Foram diagnosticadas 13 perfurações da MT pelo método padrão-ouro (microscópio), resultando em 7,4% de prevalência da alteração. O Teste de McNemar mostrou que não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,655$) entre as avaliações do microscópio e do vídeo otoscópio. Este método apresentou valor de Sensibilidade de 84,6%, Especificidade de 98,1% e Acurácia de 97,1%. Já o otoscópio convencional apresentou Sensibilidade de 100%, Especificidade de 98,1% e Acurácia de 98,3%. O Teste de McNemar também não mostrou diferença estatística significativa quando comparados os Resultados do microscópio e do otoscópio convencional ($p=0,083$). Em relação a percepção dos pacientes, a maioria considerou não haver diferença entre os métodos nos quesitos de conforto (59%) e desconforto (72,7%). Já em relação ao fato de melhor compreender a condição otológica apresentada a partir do teste diagnóstico, 54,5% dos participantes consideraram o vídeo otoscópio como o melhor método.

Discussão: O vídeo otoscópio é uma ferramenta diagnóstica promissora no âmbito da otorrinolaringologia. Esta tecnologia já apresentou Resultados positivos na acurácia em diferentes condições, como a Otite Média Aguda, por exemplo. Além disso, esta pode ser uma tecnologia importante para o avanço da Telemedicina nesta área. Neste sentido, faz-se necessária a validação deste método em diferentes patologias otológicas, como a perfuração da MT, uma vez que a presença deste achado pode mudar de forma importante a conduta e prognóstico do paciente. Destaca-se que a alta prevalência de hipoacusia dentre os participantes deste estudo se deve ao fato dele ter sido realizado no Departamento de Saúde Auditiva do hospital sede.

Conclusão: A partir da análise dos Resultados parciais, conclui-se que o vídeo otoscópio pode apresentar sensibilidade e especificidade importantes para a prática clínica no que se refere à presença, ou não, de perfuração da membrana timpânica. Além disso, este é um equipamento que pode facilitar o entendimento por parte do paciente sobre a patologia que o mesmo apresenta.

Palavras-chave: otoscopia; perfuração da membrana timpânica; otorrinolaringologia.

TCP754

OTOSCLEROSE EM PACIENTE COM SÍNDROME DE DOWN

Autor principal: LUANA VIEIRA MARGHETI**Coautores:** PATRÍCIA BARCELOS OGANDO, MARINA PAESE PASQUALINI, VITOR HUGO PEIJO GALERANI, ARTUR KOERIG SCHUSTER, HEMILY IZABEL ALVES NEVES, ISABEL SAORIN CONTE**Instituição:** Instituto Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Apresentação do caso: M.S.S, 33 anos, sexo feminino, portadora de síndrome de Down e catarata congênita, apresenta relato de hipoacusia de longa data com história de timpanotomia para colocação de tubo de ventilação no ouvido direito em outro serviço - não foi possível colocação de tubo de ventilação no ouvido esquerdo na ocasião. Apresentou quadro de otorreia pós tubo de ventilação, que cessou após a queda deste. Otoscopia com condutos auditivos estreitos e membrana timpânica íntegra e translúcida bilateralmente.

Realizou BERA devido a impossibilidade de realização de audiometria e imitanciometria por dificuldades de comunicação e da baixa acuidade visual da paciente, evidenciando-se perda auditiva condutiva moderada à severa em via aérea e via óssea.

Submetida, ainda, à TC de mastoides, que demonstrou sinais de otosclerose bilateral. Paciente e familiar não desejavam nem AASI nem BAHA e optaram por procedimento de estapedotomia, que foi realizado sem intercorrências, tendo a paciente apresentado melhora da capacidade de compreensão perceptível no pós-operatório imediato.

Discussão: O tipo mais comum de perda auditiva na síndrome de Down é a perda auditiva condutiva causada por efusão da orelha média (OME) com prevalência que varia de 38% a 78%. Nestes pacientes, a acuidade auditiva pode melhorar com a colocação do tubo de ventilação (TV). Outras possíveis causas de perda auditiva condutiva são sequelas de otite média efusiva, como perfuração da membrana timpânica, otite média crônica/colesteatoma ou anormalidades da cadeia ossicular.

A otosclerose é uma remodelação óssea anormal no ouvido médio, em que a camada endocondral densa normal da cápsula ótica óssea no labirinto é substituída por osso esponjoso irregularmente disposto que gera à fixação do estribo. A otosclerose geralmente causa surdez condutiva com membrana timpânica normal. Além disso, dependendo dos focos de acometimento do labirinto ósseo, a otosclerose pode ser assintomática ou apresentar-se como perda mista e mesmo neurosensorial, podendo afetar o funcionamento do ouvido médio e interno.

Normalmente, o paciente com otosclerose apresenta como sintoma mais comum a perda auditiva bilateral, que irá piorando gradativamente ao longo de muitos anos. Habitualmente, começa em um ouvido e, à medida que progride, envolve o outro ouvido. Até o momento, a literatura não demonstra predisposição de otosclerose em pacientes portadores de trissomia do cromossomo 21; há, todavia, demonstração de que determinados *locis* de cromossomos são considerados como causadores/colabores na gênese da otosclerose.

Comentários finais: A avaliação da audição no paciente com síndrome de Down deve ser realizada rigorosamente tanto na criança (para desenvolvimento de linguagem satisfatório) quanto no adulto (para melhor sociabilização destes indivíduos).

Apesar de não haver estudos robustos que forneçam evidências da correlação entre a síndrome de Down e o surgimento de otosclerose, portadores de síndrome de Down são sabidamente mais suscetíveis ao aparecimento de doenças causadoras de déficits auditivos, cabendo ao médico realizar a investigação de hipoacusia conforme a clínica apresentada por cada sujeito, pois o estabelecimento do diagnóstico correto é essencial para fornecer o tratamento adequado ao paciente, sendo, atualmente, a substituição cirúrgica do estribo (estapedotomia) a melhor opção de tratamento possível para os casos de otosclerose.

Palavras-chave: otosclerose; síndrome de Down; estapedotomia.

TCP755

MENINGIOMA DE ÂNGULO PONTO-CEREBELAR DIAGNOSTICADO COM AUXÍLIO DA AUDIOMETRIA DE ALTAS FREQUÊNCIAS**Autor principal:** TAIS FERREIRA VILELA**Coautores:** JOÃO PAULO BISPO GONÇALVES, IARA MARTINEZ GONCALVES, RENAN GOMES VIANA NIERO, JAQUELINE ALTOÉ, LUDMILA MELO DA SILVA CARDOSO, LEONARDO MARINHO PORTES, CLAUDIO LUIZ LAZZARINI**Instituição:** *Universidade Santo Amaro*

Apresentação do caso: Feminino, 47 anos, queixa de zumbido bilateral há 1 ano, contínuo, tipo apito, pior em orelha esquerda, incômodo 8/10. Cefaleia holocraniana pulsátil desde a adolescência, diária, com foto e fonofobia, sem aura ou náusea associados, em uso de Amitriptilina 25 mg/dia. Nega hipoacusia, plenitude aural ou tontura. Exame otorrinolaringológico sem alterações. Solicitados exames laboratoriais, audiometria e imitanciometria. No retorno paciente mantinha cefaleia diária e zumbido bilateral, agora com incômodo 10/10. Mostrou *screening* metabólico sem alterações, audiometria tonal e vocal simétricas e dentro da normalidade. Foi solicitada audiometria de altas frequências, que mostrou assimetria entre as orelhas direita e esquerda nas frequências 9000, 10000 e 11200 Hz de 15, 25 e 15 dB respectivamente. Ressonância Magnética (RM) de crânio evidenciou formação expansiva sólida extra-axial de aspecto nodular caracterizada por sinal intermediário em T1/T2, com base de implantação dural junto a convexidade frontoparietal direita, medindo cerca de 2,8 x 2,3 x 2,3 cm. Formação expansiva sólida extra-axial de características semelhantes junto a superfície petroclival esquerda, medindo cerca de 1,6 x 1,2 x 1,5 cm, se insinuando à cisterna do ângulo ponto-cerebelar e tangenciando o nervo vestibulococlear homolateral. A paciente foi então encaminhada à neurocirurgia para avaliação e tratamento, prescrito Nootropil 800 mg/dia para o zumbido.

Discussão: Os meningiomas são os tumores intracranianos comuns, principalmente em mulheres entre 40 a 60 anos de idade, e podem ser múltiplos. Podem apresentar sintomas semelhantes ao Schwannoma. No caso relatado acima foi possível observar a importância de uma investigação clínica minuciosa de um paciente com queixa de zumbido. Mesmo frente a exames laboratoriais e audiométrico tonal e vocal totalmente normais, a audiometria de altas frequências foi fundamental.

Comentários finais: A investigação com audiometria de altas frequências foi fundamental para o diagnóstico e desfecho terapêutico do caso, devendo ser considerada em casos de zumbido.

Palavras-chave: zumbido; meningioma; audiometria.

TCP756

RELATO DE CASO: MIRINGITE BOLHOSA ASSOCIADA À SURDEZ SÚBITA EM HOMEM JOVEM**Autor principal:** ARTHUR JOSE ROQUE CRUZ**Coautores:** MATHEUS LISATCHOK, THAYNÁ FERREIRA FURTADO PEREIRA, BRUNA FERREIRA SCHMIDT, ARTHUR MENINO CASTILHO**Instituição:** Universidade Estadual de Campinas

Apresentação do caso: Homem, 30 anos, sem comorbidades ou histórico de patologias otológicas, apresenta queixas de otalgia, otorragia e hipoacusia súbita há 1 dia em ouvido esquerdo. À otoscopia de ouvido esquerdo, visualizadas múltiplas bolhas hemorrágicas em membrana timpânica, associadas à efusão sanguinolenta em quadrante pósterio-inferior. Teste de Weber lateralizado para a direita e teste de Rinne positivo à direita e negativo à esquerda, sem outros achados.

Diante destes, feita a hipótese de miringite bolhosa associada a surdez súbita. Optado por analgesia, antibioticoterapia (Azitromicina 500 mg por 5 dias), além de protocolo de surdez súbita (Corticoide em dose inicial de 60 mg por 5 dias e posterior desmame gradual), com reavaliação semanal em ambulatório.

Após 4 dias do primeiro atendimento, paciente refere melhora completa de queixas, mas mantida queixa de hipoacusia em ouvido esquerdo. À otoscopia, observavam-se pequenas crostas em membrana timpânica em locais prévios de bolhas hemorrágicas. Realizada audiometria, apresentava limiares dentro da normalidade em orelha direita e perda auditiva neurosensorial profunda em ouvido esquerdo.

Paciente seguiu o tratamento indicado, associado à investigação de possíveis etiologias através de sorologias, ressonância de crânio e nova audiometria semanal.

Ao retorno em 7 dias, já após término da antibioticoterapia, mantida queixa de hipoacusia em orelha esquerda, e otoscopia sem alterações bilateralmente. Em nova audiometria, paciente manteve a perda neurosensorial profunda em orelha esquerda.

As sorologias de citomegalovírus, rubéola e hepatite A apresentaram IgG positivo. Para seguimento do caso, paciente aguarda realização de exame de imagem para avaliação de diagnósticos diferenciais.

Discussão: A miringite bolhosa configura-se, classicamente, como um quadro de otalgia associada a formação de bolhas hemorrágicas na membrana timpânica e porção interna do conduto auditivo externo, o que tende a ocorrer durante um quadro de infecção de vias aéreas superiores. Frequentemente, o acometimento é unilateral, podendo englobar todos os grupos etários, com preferência por crianças e adultos jovens.

A etiologia exata da patologia segue em investigação: múltiplos agentes etiológicos foram avaliados em estudos prévios, incluindo vírus e bactérias, com destaque para *Mycoplasma Pneumoniae*. O tratamento é realizado com analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos, principalmente macrolídeos e penicilinas (Em casos de infecção bacteriana secundária).

Dentre as principais associações com o quadro de miringite, encontra-se a perda auditiva, englobando perda condutiva, mista e neurosensorial dos mais variados graus, presente em 82% dos quadros, conforme descrito na literatura. A origem da perda auditiva possui múltiplas teorias, com evidência nos estudos para: Efusão hemorrágica acometendo a cóclea, neurotropismo viral e absorção de toxinas da orelha média através das janelas redonda e oval. A perda auditiva, com maior frequência, é unilateral. Hoffman e Shepsman descrevem, entre os quadros de perda auditiva, persistência principalmente para sons agudos (Em 33% dos casos), demonstrando a importância da avaliação audiológica precoce durante a patologia para rápida intervenção farmacológica e possível resolução.

Dentre as opções terapêuticas, o uso de corticoterapia descalonada é bastante difundido na literatura, e conforme Eliashar, apresentou eficácia de 81% na recuperação auditiva em pacientes com perda após quadros de miringite bolhosa.

Comentários finais: O reconhecimento clínico de quadros de miringite bolhosa deve ser realizado de maneira eficaz, devido à frequência com que acomete a população, aos sintomas desconfortantes ao paciente e pelas complicações a que o quadro pode levar. Especificamente acerca das complicações, uma das mais frequentes, e também mais mórbidas, é a perda auditiva, que pode ocorrer em diferentes graus.

O caso ilustra a importância do diagnóstico precoce, tratamento adequado da patologia e suas complicações, além da investigação clínico-laboratorial dos quadros, visando a redução da morbidade.

Palavras-chave: miringite bolhosa; surdez súbita; otite média aguda.

TCP757

CARCINOMA BASOCELULAR GERANDO ESTENOSE DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO E COLESTEATOMA**Autor principal:** ARTUR KOERIG SCHUSTER**Coautores:** MARINA PAESE PASQUALINI, VITOR HUGO PEIJO GALERANI, VIRGILIO GONZALES ZANELLA, MANASSÉS PEDRO VENTURIN, FREDERICK ALBERTO CASTILLO MIRANDA, JULIANE BUCCO GOMES, JOEL LAVINSKY**Instituição:** Santa Casa de Porto Alegre

Apresentação do caso: Paciente masculino, 72 anos, encaminhado para avaliação ambulatorial da equipe de cirurgia de cabeça e pescoço por lesão de pavilhão auricular direito com acometimento de concha e tragus. Submetido à biópsia em outra unidade de saúde, chega para avaliação com diagnóstico de carcinoma basocelular. Paciente se queixa de dor local e saída de secreção, relata história de cirurgia prévia no local em 2019, cursando com hipoacusia desde então, sem outros sintomas otológicos. De comorbidades, tem histórico de múltiplas ressecções de carcinoma basocelular (asa nasal, glabella, escápula e dorso), em seguimento com a dermatologia, e história de hernioplastia inguinal. Ao exame, apresentava lesão obliterando a entrada do meato acústico externo, de aspecto eritematoso e ulcerado com cerca de 0,5 centímetros de diâmetro entre a concha e o tragus. Tomografia de ouvidos e mastoides evidenciava: área de adensamento de partes moles na região do tragus e antitragus do pavilhão auricular direito determinando redução da amplitude da cavidade da concha; demais porções do conduto auditivo externo, cavidade timpânica, mastoide e orelha interna sem alterações. Optado por cirurgia em conjunto entre equipes de otorrinolaringologia e cirurgia de cabeça e pescoço. Levado ao bloco cirúrgico, sob anestesia geral, realizada incisão retroauricular, dissecação de subcutâneo e confecção de retalhos periosteais, incisão da porção posterior do conduto auditivo externo, visualização sob microscópio revelava material queratinizado ocupando a porção medial do conduto, sem sinais de erosão ou ossea e sem sinais de lesão tumoral, com visualização também da membrana timpânica sem retrações ou qualquer sinal de patologia; realizada então incisão peri-lesional englobando o tragus e concha, com extensão até o periósteo da margem óssea posterior e anterior, com ressecção completa da lesão com margens de segurança. Optado pela confecção de dois retalhos locais randomizados para reconstrução de concha e porção lateral do conduto auditivo externo, com um retalho retroauricular pediculado na porção inferior da incisão retroauricular, rotado anteriormente para a topografia da concha e parede posterior da porção lateral do conduto auditivo externo, e outro retalho pré-auricular pediculado na altura da incisura intertragal rotado posteriormente para a topografia do tragus e parede anterior da porção lateral do conduto auditivo externo; optado por posicionar molde confeccionado com sonda de aspiração número 12 em toda extensão do conduto auditivo externo para diminuição do risco de estenose; realizado curativo local com pomada com triancinolona e neomicina. Revisão pós-operatória apresenta evolução favorável, sem sinais de estenose do conduto, com boa cicatrização dos retalhos.

Discussão: São várias as técnicas descritas na literatura de reconstrução do pavilhão auricular após ressecção de lesões de pele. No caso descrito, como já havia estenose do meato acústico externo, era imperativa a reconstrução também do conduto e profilaxia para reestenose. Como o carcinoma era restrito ao pavilhão auricular e porção lateral do conduto auditivo externo, no caso acima foi possível optar por reconstruir as porções ressecadas para garantir a funcionalidade da orelha do paciente, já que a audição era preservada e não havia sinais de doença da porção medial do conduto, orelhas média e interna.

Comentários finais: A utilização de molde para o conduto auditivo externo confeccionado com sonda de aspiração é uma opção para a profilaxia de estenose nas reconstruções de orelha externa. Os curativos com corticoide e antibiótico parecem ter contribuído para a boa cicatrização da região reconstruída.

Palavras-chave: estenose de conduto auditivo externo; colestoma; reconstrução de pavilhão auricular.

TCP758

OTITE EXTERNA MALIGNA REFRACTÁRIA ASSOCIADA A LESÃO OBLITERANDO CAE- UM RELATO DE CASO**Autor principal:** JOSIELLEN ALMEIDA NASCIMENTO**Coautores:** LARISSA CARVALHO SILVESTRE, THATTYANNE CKRYSTTYANN AGUIAR SOUZA, GUSTHAVO DE OLIVEIRA MARQUES, LAISSON RONNAN SILVA DE MELO, LETÍCIA ANTUNES GUIMARÃES, BRISA JORGE SILVEIRA, LEANDRO RENATO GUSMAO DUARTE**Instituição:** Hospital Otorrino Center

Apresentação do caso: paciente do sexo feminino, 98 anos, portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo II. Informa quadro de otalgia intensa a direita há 30 dias, após remoção de cerume realizado por médico generalista. Fez uso ambulatorial de ciprofloxacino tópico otológico, amoxicilina-clavulanato, cefaclor, ceftriaxona intramuscular por 7 dias, sem melhora. Ao exame físico, apresentava lesão obliterando Conduto Auditivo Externo (CAE) direito (pólipo?), de aspecto levemente granulomatoso, com otorreia purulenta. Realizado Tomografia Computadorizada (TC) de ouvidos evidenciando “exuberante quantidade de material hipodenso obliterando o CAE direito (pólipo?), não se observando sinais de destruição óssea associado, não se podendo excluir otite externa associada. Conteúdo hipoatenuante em algumas células de mastóide ipsilaterais, com focos gasosos de permeio, devendo considerar mastoidite aguda a direita”. Optado por internação hospitalar com uso de ciprofloxacino endovenoso e tópico, além de corticoterapia, porém, sem melhora mesmo após o 11º dia de tratamento. Cultura da secreção do ouvido: *Pseudomonas aeruginosa* multissensível: ciprofloxacino, ceftazidima, pipetazo, entre outros. Anatomopatológico de lesão de CAE: processo inflamatório misto, exsudativo, acentuado em epitélio escamoso; ausência de sinais de displasia ou neoplasia na amostra. Foi submetida a abordagem cirúrgica para remoção da lesão e limpeza do CAE; e realizado troca do antibiótico por cefepime e metronidazol. Evoluiu com melhora do quadro, com boa cicatrização do CAE, recebendo alta hospitalar após 7 dias do novo esquema terapêutico.

Discussão: A Otite Externa Maligna (OEM) ou Otite Externa Necrotizante (OEN) é uma infecção potencialmente letal que começa usualmente no CAE, podendo progredir para região parotídea, mastóide, orelha média e base do crânio. Ocorre, principalmente, em pacientes diabéticos idosos e que apesar de terapia antibiótica prolongada, está associada à elevadas morbidade e mortalidade.

Sensibilidade e edema periauricular são comuns, além de tecido de granulação no CAE ao nível da junção osteocartilaginosa. Deve ser feita biópsia de rotina para descartar a hipótese de carcinoma espinocelular, que pode ser clinicamente indistinguível da OEM. Deve-se também sempre realizar cultura do material do CAE. A tomografia computadorizada do osso temporal com contraste é o exame de imagem mais importante para avaliação da extensão da doença e pode mostrar erosão do osso timpânico, espessamento de tecidos moles, velamento da mastóide, sequestro no CAE e erosão da base de crânio. Geralmente é necessária a instituição de terapia agressiva, com o paciente internado e recebendo antibióticos intravenosos, além de controle estrito do diabetes mellitus e limpeza frequente do CAE.

O pólipo aural é uma massa macia, avermelhada que tipicamente se apresenta no meato acústico externo, comumente resultado de proliferação inflamatória. Sua real natureza ainda não foi bem estabelecida. Na maioria dos casos, estão presentes em associação com otite média crônica supurativa. No entanto, podem se desenvolver a partir do meato acústico externo. A remoção permeal do pólipo inflamatório é indicada quando não há melhora no tratamento conservador ou se o pólipo ocluir completamente o meato acústico externo.

Comentários finais: A otite externa maligna é uma doença potencialmente fatal que, muitas vezes, pode ter seu diagnóstico realizado tardiamente; necessitando da atenção do médico otorrinolaringologista para instituição de tratamento adequado o mais precocemente possível. A presença de massa no CAE abre um leque de hipóteses diagnósticas, dentre as quais, doenças inflamatórias e neoplásicas devem ser consideradas. Deve ser feita biópsia de rotina para descartar neoplasias malignas.

TCP759

RELATO DE CASO: FÍSTULA LIQUÓRICA ESPONTÂNEA EM TÉGMEN TIMPÂNICO

Autor principal: CAMILA AYUMI GOTO**Coautores:** MARCO TULIO CRUZ BRAGA, MARIO DE GEUS NETO, MARIA VICTORIA BASTOS TAVARES, SAMUEL BORGES BASSETTI, LUCAS CHOI MARCHESANO, FELIPE COSTA NEIVA, TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA**Instituição:** Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

Apresentação do caso: Paciente feminina, de 69 anos de idade, compareceu em ambulatório de otologia para consulta com queixa de saída de líquido transparente em grande volume da orelha direita há 1 ano e 10 meses, após colocação de tubo de ventilação em outro serviço, associada a otalgia ipsilateral. Nega cefaléia, febre ou nuchalgia. Refere que apresentava quadros de otite serosa de repetição associado a quadros gripais desde a infância e obstrução nasal de longa data sem sintomas irritativos, como coriza, prurido nasal ou espirros. Negava zumbido e hipoacusia, mas relatou dificuldade de compreensão da fala. Relata trauma crânio encefálico na infância e adolescência, Apresentava como comorbidades hipertensão, diabetes e dislipidemia. Ao exame físico, em otoscopia apresentava tubo Sheppard em ouvido direito com saída de secreção hialina.

A audiometria e imitanciometria mostravam perda auditiva mista moderada à direita com gap (SRT 35) e perda neurosensorial leve à esquerda (SRT 30), com curva tipo A à esquerda e reflexos ausentes bilateralmente. A tomografia computadorizada de ossos temporais revelou mastóides hipopneumatizadas e escleróticas, com algumas células veladas, sobretudo em epitímpano, e presença de múltiplos focos de falha óssea nos tegmens timpânico e mastoídeo à direita. Na ressonância nuclear magnética, foi constatado hipersinal em mastoídeo à direita, nas imagens ponderadas em T2, sem realces anômalos após administração de contraste. Tinha hemoglicoteste de 122 e, no líquido que saía do tubo de ventilação, de 95, medidas essas realizadas em ambiente domiciliar com mesmo glicosímetro e em sequência. Foram afastados também sinais de hipertensão intracraniana com oftalmoscopia negativa.

Foi aventada hipótese diagnóstica de fístula liquórica em tegmen timpânico a direita, sem rinoliquorréia devido possível disfunção tubária e indicada timpanomastoidectomia fechada a direita com correção de falha óssea e remoção de tubo de ventilação. No intra-operatório, foi observada extensa falha óssea em tegmen timpânico, com exposição de meninge e saída de líquido em pequena quantidade. O fechamento foi realizado com enxerto de músculo temporal e fásia muscular, seguido de aplicação de cola biológica.

Uma biópsia de mucosa hiperplásica ao redor da falha foi realizada e enviada para exame anatomopatológico, resultando em fragmento de tecido fibroconjuntivo com congestão vascular, fibrose e sinais de hemorragia recente.

Discussão: A otorreia liquórica ocorre a partir de uma comunicação patológica entre o espaço

subaracnóideo e as áreas pneumatizadas do osso temporal. Caso haja comunicação com o meato auditivo externo, observa-se otoliquorreia e caso não exista tal comunicação, o líquido será drenado pela tuba auditiva, causando rinorreia anterior ou posterior.

As fístulas liquóricas podem ser decorrentes de traumas cirúrgicos ou não cirúrgicos, tumores, infecções e anomalias congênitas, sendo que no caso apresentado, há história de trauma na infância e também de episódios recorrentes de otite média com efusão, ambas podendo corresponder a possível causa do quadro.

O diagnóstico de fístula muitas vezes fica evidente apenas após miringotomia ou colocação de tubo de ventilação, causando otorreia com saída de líquido claro fino, seroso e sem aspecto mucoso.

Comentários finais: Fístulas liquóricas espontâneas do ouvido médio do adulto são raras porém facilmente confundidas com otite média com efusão. Por esse motivo, pacientes com diagnóstico sugestivo de otite média com efusão na vida adulta, deve-se atentar a esse diagnóstico diferencial.

Palavras-chave: otologia; fistula liquorica; tegmen timpanico.

TCP760

CONGENITAL RIGHT FACIAL PALSY ASSOCIATED WITH PROFOUND SENSORINEURAL HEARING LOSS: CASE REPORT**Autor principal:** LUCAS CARNEIRO NASCIMENTO PEREIRA**Coautores:** ANDRÉ LIMA VALENTE, ANA VIRGÍNIA TORQUATO DE AQUINO, SÁVIA MOURA TRINDADE VIANA, GABRIELA MAIA ALMEIDA BRANDÃO LINO, ALISSON LEANDRO CAMILLO PEREIRA, FAYEZ BAHMAD JR**Instituição:** Hospital Universitário de Brasília

Case of report: A.S.C. , male, born on 11/27/2021, cesarean delivery, identified facial asymmetry during crying in the maternity. No history during labor or birth or family history of facial trauma. Mother with well-controlled type 1 diabetes, HIV infection since 2009 with viral load control, newborn with undetectable viral load. He was sent to the otorhinolaryngology for hearing assessment service. In a physical exam was identified coloboma auris on the left ear, paralysis upper third of the face to the right, incomplete eye closure on the right and deviation of the upper contralateral labial commissure. Strabismus was not identified, expected eye movement for age, as assessed by the ophthalmologist. Steady State Auditory Evoked Potential was performed without response at intensities 90 – 50 dB and at frequencies of 500-4000Hz on the right and normal thresholds on the left. Non-contrast magnetic resonance imaging with sedation was performed with a diagnosis of hypoplasia/aplasia of the right facial nerve and right vestibulocochlear nerve. Neonatal screening with cardiologic, renal and laboratory tests were performed with results within the normal range.

Discussion: Congenital facial palsy is a rare condition, with an estimated incidence of 0.8 – 2.1 per 1,000 live births. Causes of development include isolated cases of aplasia/hypoplasia of the facial nerve or its nuclei or syndromic associations such as Poland-Mobius syndrome, Goldenhaar syndrome, Moebius syndrome, as well as association with malformation of other cranial nerves, especially the vestibulocochlear nerve. The facial nerve has a long tortuous course consisting of six segments, namely, cisternal, intracanalicular, labyrinthine, tympanic, mastoid, and extracranial. In the portion inside the internal auditory canal, the facial nerve is present superiorly together with the superior vestibular nerve. The cochlear nerve runs in the anteroinferior portion of the canal together with the inferior vestibular nerve. Inner ear malformations account for about 20% of cases of congenital sensorineural hearing loss. Congenital malformations result from errors during embryogenesis or from intrauterine events that affect the normal growth of the embryo. Therefore, documentation of vestibulocochlear nerve hypoplasia/aplasia is essential, given that it is an absolute contraindication criterion for auditory rehabilitation with cochlear implants.

Final considerations: It is extremely important to investigate malformations associated with the diagnosis of congenital peripheral facial palsy, especially due to the close embryological and anatomical formation of the vestibulocochlear nerve. Knowledge of hypoplasia / aplasia of the VIII cranial nerve is essential for monitoring and planning functional rehabilitation.

Palavras-chave: facial palsy; sensorineural hearing loss; congenital.

Autor principal: PEDRO JULIANO DE MESQUITA FERREIRA

Coautores: VINÍCIUS DOMENE, BRUNA FERREIRA SCHMIDT, ARTHUR MENINO CASTILHO

Instituição: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Apresentação do caso: Mulher, 65 anos, em seguimento ambulatorial no serviço de Otologia desde 2018 por quadro de hipoacusia e zumbido a direita com evolução de 03 anos, a otoscopia com lesão violácea em quadrante anterior de membrana timpânica, tomografia computadorizada demonstrando lesão expansiva no forame jugular direito, tamanho 2,4x2,1x2,3 cm, com extensão infratemporal, na angioressonância evidenciada lesão sólida hipervascularizada com fluxo arterial oriundo de carótida interna, centrada no forame jugular direito, obliterando a veia nesta topografia, associado a componente insinuado para conduto auditivo interno, deslocando e comprimindo o nervos VII e VIII, sugerindo diagnóstico de Paraganglioma. Durante seguimento paciente sem desejo cirúrgico, encaminhada para radioterapia, porém não realizou tratamento por perda de seguimento entre 2020-2022. Em janeiro de 2022 paciente retorna ao serviço de pronto atendimento com quadro de paralisia facial periférica à direita grau II de acordo com a classificação de House-Brackmann, realizou tratamento medicamentoso com esquema de corticoterapia oral por 03 semanas, sem melhora, foi submetida a novos exames de imagem apresentando massa e alargamento no forame jugular direito e no ângulo pontocerebelar adjacente medindo 2,6x1,9x1,8 cm. Devido piora dos sintomas foi indicado abordagem cirúrgica para ressecção do tumor através da exérese de paraganglioma por cervicotomia com incisão de fisch tipo C, ligadura de veia jugular, petrosectomia subtotal, desarticulação da cadeia ossicular e oclusão do conduto auditivo externo, sendo preservado tumor em sua porção intradural. O resultado do anatomopatológico confirmou ser Paraganglioma. Após alta hospitalar foi encaminhada para radioterapia adjuvante e seguimento ambulatorial.

Discussão: Os Paragangliomas são tumores neuroendócrinos benignos que podem ser encontrados na base lateral do crânio no forame jugular, mais comum em mulheres 3: 1, na quinta a sexta década, apresentam crescimento lento e possuem sintomatologia variável. O paciente pode apresentar-se inicialmente com zumbido pulsátil, e posteriormente evoluir com perda auditiva, disfonia, disartria, fraqueza no ombro, e paralisia facial periférica. A otoscopia pode estar alterada com a presença de uma massa retro-timpânica avermelhada e pulsátil. Exames como a tomografia e a ressonância magnética são fundamentais para o diagnóstico e diferenciação de outros tumores do osso temporal. Quanto ao manejo pode-se optar por tratamento expectante, cirurgia, radioterapia ou a combinação de cirurgia redutora seguida por radioterapia. Indicações para a ressecção tumoral incluem paralisia facial periférica, idade, tumor secretor, efeito de massa intracraniano e transformação maligna. O caso relatado descreve a progressão da doença e a complexidade de seu tratamento que envolve muitas vezes a abordagem multidisciplinar.

Comentários finais: Os paragangliomas jugulotimpânicos são tumores de difícil manejo, porém, a terapia cirúrgica seguida de radioterapia tem se mostrado uma boa opção para o controle da doença. O caso apresentado foi conduzido conjuntamente com as equipes de Otologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço devido a complexidade e extensão tumoral, e após abordagem cirúrgica paciente segue em planejamento de radioterapia. O acompanhamento a longo prazo é necessário para melhor avaliação do desfecho clínico e cirúrgico.

Palavras-chave: paraganglioma; tumores; cirurgia.

TCP762

CAVERNOUS SINUS FROM ABOVE AND FROM BELOW - A COMPARATIVE ANALYSIS

Autor principal: JANDER MOREIRA MONTEIRO

Coautores: MARCO ANTÔNIO SCHLINDWEIN VAZ, RICARDO SANTOS, JOEL LAVINSKY, RICARDO MARQUES LOPES DE ARAÚJO, EBERVAL GADELHA FIGUEIREDO, HEMILY IZABEL ALVES NEVES, GUSTAVO RASSIER ISOLAN

Instituição: *Department of Neurosurgery. The Center for Advanced Neurology and Neurosurgery, Brazil (CEANNE)*

Objective: Cavernous sinus was considered a No man's land in recent years. Microsurgical anatomy knowledge has been allowing resection of Cavernous sinus (CS) tumors. Our purpose is to describe the endoscopic and microsurgical anatomy of the cavernous sinus (CS) with focus on the surgical landmarks in microsurgical anatomy.

Materials and Methods: Ten formalin-fixed central skull base specimens (20 CSs) with silicone-injected carotid arteries were examined through an extended endoscopic transsphenoidal approach. Fifteen formalin-fixed heads were dissected to simulate the surgical position in CS approaches.

Results: Endoscopic access enables identification of the anterior and posterior surgical corridors. Structures within the CS and on its lateral wall could be visualized and studied, but none of the triangular areas relevant to the transcranial microsurgical anatomy were fully visible through the endoscopic approach.

Conclusion: The endoscopic approach to the CS is an important surgical technique for the treatment of pathological conditions that affect this region. Correlating endoscopic findings with the conventional (transcranial) microsurgical anatomy is a useful way of applying the established knowledge into a more recent operative technique. Endoscope can provide access to the CS and to the structures it harbors.

Palavras-chave: cavernous sinus; endoscopic access.

TCP763

OTITE MÉDIA CRÔNICA COLESTEATOMATOSA COM COMPLICAÇÃO INTRACRANIANA: RELATO DE CASO**Autor principal:** LYA MONTALVERNE DE BARROS ALBUQUERQUE**Coautores:** ARTHUR MENINO CASTILHO, GUILHERME CORREA GUIMARÃES, ROBERTA PARMA DORIGUETO DE OLIVEIRA, FRANCISCO CAMPELO DA FONSECA NETO**Instituição:** UNICAMP

Apresentação do caso: Paciente de 21 anos, sexo feminino, usuária de cannabis há 08 anos, com história pregressa de otites de repetição em infância. Iniciou com quadro de otorreia bilateral, otalgia e febre, evoluindo com cefaléia e vômitos após duas semanas. Ao exame físico, presença de ataxia de marcha com desvio para a esquerda, dismetria e disdiadococinesia. Tomografia de crânio com contraste evidenciando lesão ovalada adjacente ao lobo direito do cerebelo com sinais de trombose de seios transverso e sigmoide e otite média crônica bilateral. Em ressonância magnética de crânio sinais sugestivos de cerebelite secundária a processo infeccioso, mastoide esquerda com conteúdo de densidade líquida, coleções subdurais sugestivas de abscesso na fossa posterior à esquerda com efeito de massa, edema de hemisfério cerebelar comprimindo IV ventrículo e leptomeningite. Paciente submetida a mastoidectomia radical esquerda com material enviado para cultura, que apresentou crescimento de: *Alcaligenes faecalis*, *Enterococcus avium* (grupo D) sensível à ampicilina e vancomicina, *Staphylococcus warneri*. Optado por iniciar anticoagulação plena com enoxaparina e varfarina devido a trombose (seio transverso e sigmoide) e corticoterapia. Tratamento realizado com vancomicina (D17) e cefepime (D26), este último suspenso por quadro de farmacodermia (Pustulose Exantemática Generalizada Aguda), sendo substituído por Teicoplanina e Meropenem. Recebeu alta hospitalar com dabigatrana e corticoide. No seguimento, evolui com marcha atípica, eumetria, eudiadococinesia, Romberg negativo e sem sinais de sequelas neurológicas.

Discussão: A otite média crônica com complicação intracraniana é um desfecho grave e com alta mortalidade ou morbidade, como perda auditiva e sequelas neurológicas permanentes. Diante dessa possibilidade, é imprescindível manter vigilância clínica, visando antecipar-se às complicações graves. Outras complicações intracranianas reportadas na literatura são: abscesso cerebral, meningite, trombose de seios, empiema, hidrocefalia. No tratamento cirúrgico das complicações intracranianas, é importante a abordagem do foco da infecção otológica devido ao risco de infecção por contiguidade do sistema nervoso central.

Comentários finais: Apesar do desfecho clínico favorável deste caso, os abscessos cerebrais de origem otológica e outras complicações intracranianas (abscesso subperiosteal) devem ser considerados uma complicação grave da otite média crônica colestomatosa. O diagnóstico precoce é essencial e permite a implementação da antibioticoterapia precoce e do tratamento cirúrgico adequados.

Palavras-chave: otite média crônica; colesteatoma; abscesso cerebelar.

TCP764

OTOMASTOIDITE BILATERAL POR MICOBACTÉRIA ATÍPICA E INFECÇÃO FÚNGICA CONCOMITANTES EM IMUNOCOMPETENTE**Autor principal:** EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA**Coautores:** MARCOS RABELO DE FREITAS, VIVIANE CARVALHO DA SILVA, EVELYNE SANTANA GIRÃO, DENISE ALICE DE SOUSA ARAUJO, RAQUEL CUSTÓDIO SOUZA, MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA, TINO MIRO AURÉLIO MARQUES**Instituição:** Universidade Federal do Ceará

Apresentação do caso: paciente feminina, 47 anos, acompanhada há 06 anos em serviço de referência, na época apresentando otalgia bilateral, hipoacusia, otorreia hialina, zumbido e prurido há 05 anos do início do acompanhamento, complicada por paralisia facial à direita, sendo indicada de urgência timpanomastoidectomia ipsilateral, apresentando cultura de secreção auricular sem crescimento bacteriano e anatomopatológico sugestivo de processo inflamatório crônico inespecífico. Após procedimento, apresentou melhora da paralisia facial, porém, 01 ano após, retomou quadro, inicialmente de maneira intermitente, evoluindo com paralisia fixa, além de otorreia bilateral e otalgia intensa em crises, sem resposta ao tratamento clínico, e hipoacusia bilateral progressiva, com anacusia à direita há 03 anos e à esquerda há 01 ano. Há um ano da internação, realizou tratamento para tuberculose pulmonar e otológica, confirmada por teste rápido molecular, por um período de 12 meses, sem melhora do quadro. Evoluiu com paralisia facial também à esquerda. Foi submetida a procedimento de mastoidectomia revisional à direita durante a internação e antibioticoterapia de amplo espectro no pós operatório, posteriormente modificada para terapia direcionada para infecção fúngica e para micobactéria atípica, após anatomopatológico compatível com aspergilose, e o resgate de culturas (culturas para fungos e germes piogênicos negativas, cultura para micobactérias com crescimento de *Mycobacterium abscessus subsp massiliense*, obtida 41 dias após coleta). Ferida operatória retroauricular evoluiu com deiscência e fistulização, sendo reabordada um mês após primeiro procedimento para novo debridamento. Tornou a apresentar deiscência. Permaneceu internada para tratamento direcionado e acompanhamento de ferida operatória à direita com estomaterapia, sendo realizada troca periódica de curativo com hidrofibra e espuma de prata, apresentando cicatrização lenta e gradual. Segue com antibioticoterapia domiciliar conforme protocolo do Ministério da Saúde para tratamento de micobactéria atípica.

Discussão: Otomastoidite por micobactéria atípica é considerada uma entidade rara, de difícil diagnóstico, em grande parte devido aos desafios inerentes à identificação e ao isolamento do patógeno em meio de cultura. A evolução clínica corresponde aos relatos descritos na literatura. O protocolo de tratamento nacional para infecções por *Mycobacterium abscessus* prevê um ano de antibioticoterapia sistêmica. Não há consenso sobre tratamento tópico até o presente momento, embora alguns estudos sugiram eficácia do ácido bórico.

Comentários finais: Deve-se suspeitar de Infecções por micobactérias não tuberculosas em casos de má resposta ao tratamento convencional. Mais estudos são necessários para definir protocolos padrões de tratamento tópico e sistêmico para otomastodite por micobactéria atípica.

Palavras-chave: matoidite; micobacteriose atípica; micobactérias atípicas.

TCP765 SURGICAL APPROACHES TO PETROCLIVAL MENINGIOMAS - PROPOSAL OF A TAKE-DECISION SYSTEM

Autor principal: JANDER MOREIRA MONTEIRO

Coautores: MARCO ANTÔNIO SCHLINDWEIN VAZ, CARMEN AUSTRÁLIA PAREDES MARCONDES RIBAS, RICARDO SANTOS, SAMIA WAYS, JOEL LAVINSKY, HEMILY IZABEL ALVES NEVES, GUSTAVO RASSIER ISOLAN

Instituição: *Department of Neurosurgery. The Center for Advanced Neurology and Neurosurgery, Brazil (CEANNE)*

Objective: Surgical resection of petroclival meningiomas is challenging due to its deep location and relationship with vital neurovascular structures. Usually they are benign tumors, but they can involve or infiltrate skull base bones, dura mater and brainstem. This makes the total removal very difficult or impossible without causing neurological deficits. The objective of this study is to review the surgical approaches used on the treatment of petroclival meningiomas and the knowledge which we achieved upon the surgical management of 30 cases.

Material and Method: Series of 30 petroclival meningioma-cases operated on by the senior author. In the beginning of our series we used a petrous approach for all the cases, however, with the acquiring of experience, we are indicating the retrosigmoid approach, leaving the petrous and cranio-orbitozygomatic approaches for selected cases.

Results and Discussion: Owing to the difficulty of the access, the petroclival meningiomas usually require different surgical approaches and have distinct surgical difficulties. There are three main approaches: cranio-orbital zygomatic and variants, petrous and variants, and retrosigmoid. These approaches can be combined. The choice for a surgical approach is usually based on the location and size of the tumor, on the skull shape, the involvement of venous structures and according to the surgeon's experience.

Conclusion: Petroclival meningiomas are rare and complex on the skull base. The adequate choice is crucial to achieve a good surgical result.

Palavras-chave: petroclival meningiomas; skull base.

TCP766

OTITE MÉDIA TUBERCULOSA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Autor principal: CHRISTIANO COLUCCI DE MELLO VILLELA

Coautores: ARMANDO LAVIGNE DE LEMOS VELOSO, MARISE DA PENHA COSTA MARQUES, HUGO FERREIRA ALVES, NATASHA CAROLINE CRISTINA SANTANA DE AGUIAR, NATHÁLIA FERNANDA DA SILVA, CLAUDIA VALETE, PRISCILA NOVAES FERRAILOLO

Instituição: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Caso 1: Masculino, 39 anos, com síndrome de mononucleose após infecção por COVID-19, otorreia direita de início agudo, com perfuração timpânica com tecido de granulação em caixa a direita e abaulamento de membrana timpânica a esquerda. Prescrito amoxicilina-clavulanato, clindamicina e ciprofloxacino tópico sem controle de otorreia. Colhida secreção por swab a direita e paracentese a esquerda, com crescimento de *Mycobacterium tuberculosis*. Diagnosticada infecção pelo HIV e iniciado tratamento antirretroviral. Tinha perda mista bilateral leve a moderada. Tomografia computadorizada (TC) de mastoides com preenchimento de material de partes moles em antro e caixa timpânica bilateral, erosão óssea em tégmen-timpani e de cadeia ossicular a esquerda. TC de tórax com nódulo em lobo inferior esquerdo. Iniciado esquema RIPE (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol), sendo finalizado em 7 meses. Realizada timpanomastoidectomia direita com controle pós-operatório da otorreia. No histopatológico foi identificada inflamação crônica com granuloma caseoso.

Caso 2: Feminina, 10 anos, teve otorragia a direita após traumatismo craniano, sendo prescrita prednisolona e amoxicilina-clavulanato. Manteve otalgia por 3 meses, a despeito de novos cursos de antibioticoterapia. No mês subsequente, além da otalgia, desenvolveu abaulamento e hiperemia da região mastoidea, sendo encaminhada ao HUCFF. TC de mastoides evidenciava extensa área de erosão da mastoide direita com coleção subperiosteal e comunicação com fossa posterior, mantendo íntimo contato com seio sigmoide. Submetida a timpanomastoidectomia, no histopatológico havia granuloma caseoso com áreas de necrose, e na cultura houve crescimento do *M. tuberculosis*. PPD forte reator e radiografia de tórax sem alterações. Análise de líquido normal, com BAAR e geneXpert negativos. Iniciado tratamento com RIPE por dois meses, e mais 10 meses com RI. Após o tratamento tinha exame otológico normal e perda auditiva mista severa a direita.

Discussão: A tuberculose (TB) de orelha média é rara, correspondendo a menos de 0,1% das otites médias crônicas (OMC) e, em geral associada a imunodepressão. A suspeição clínica para a OMC por TB ocorre nos pacientes em que a antibioticoterapia convencional não controla a infecção. Embora não existam alterações na TC específicas para TB, ela deve ser realizada para exclusão de causas mais frequentes, como o colesteatoma, a caixa timpânica e a mastoide podem estar preenchidas por material de partes moles, associado ou não à destruição óssea. A TB pode se apresentar em duas formas: a aguda (rara), com evolução rápida e destruição total da pars tensa da membrana timpânica e dos ossículos, acometendo até orelha interna; e a crônica, mais associada a perda auditiva mista, desproporcional a otoscopia, além de otorreia indolor e adenopatia regional. O exame otoscópico nesses casos é semelhante a otite média aguda, com maior vascularização no cabo do martelo, evoluindo com múltiplas perfurações que coalescem em uma única. Na evolução, surgem granulações e pólipos de orelha média e conduto. A confirmação diagnóstica se dá pela cultura das secreções, que é positiva em menos de 50% dos casos, ou por histopatológico com granuloma caseoso. O tratamento é realizado com terapia antituberculínica variando de 6 a 9 meses. As indicações cirúrgicas são reservadas para abordagem diagnóstica ou de complicações. O prognóstico é tanto melhor quanto mais cedo for instalado o tratamento e as sequelas são manejadas como qualquer OMC.

Conclusão: ATB otológica deve ser suspeitada na OMC de difícil controle, mesmo em pacientes não imunodeprimidos. O diagnóstico e o tratamento precoces têm o intuito de evitar maiores morbimortalidades.

Palavras-chave: tuberculose; orelha média; OMC.

Autor principal: MARLON SOUZA COELHO

Coautores: ANA BEATRIZ DE OLIVEIRA ASSIS, FERNANDO PIRES DE ARAUJO, ANA LUIZA FARIA DIAS, MARCELO ZUFFO PEREIRA BARRETTO, IGOR NASCIMENTO BATISTA, RODRIGO DOS SANTOS NEVES, JOSE RICARDO GURGEL TESTA

Instituição: Hospital Paulista

Apresentação do caso: Paciente U.A.S masculino de 55 anos. Na admissão há 06 anos apresentou quadro de cefaleia, vertigem e zumbido em ouvido direito, fez investigação e foi detectado tumor do ângulo ponto-cerebelar (APC) direito e outra lesão em conduto auditivo interno (CAI) esquerdo. Após 01 ano foi submetido a ressecção subtotal do tumor direito em APC, manteve a audição e o nervo facial preservados, persistiu com vertigem e zumbidos. Após 02 anos fez RM evidenciando resíduo tumoral no APC e lesão em CAI, audiometria com SRT 40dB a direita e 25dB a esquerda sendo indicado radiocirurgia que ocorreu em 06 meses. Após a radioterapia evoluiu com piora auditiva apresentando SRT 70dB a direita e SRT 35db a esquerda. RM de controle com redução das lesões bilateralmente porém após 01 ano teve progressão do déficit auditivo com SRT 75dB a direita e 85dB a esquerda sendo encaminhado para colocação de implante coclear (IC) a esquerda. Exames de imagem seguintes evidenciando estabilidade das lesões. Audiometria após ajuste do IC com SRT 40dB a esquerda e boa discriminação de palavras em conjunto fechado.

Discussão: A Neurofibromatose tipo 2 (NF2) é caracterizada pela presença de schwannoma bilateral do VIII nervo associado ou não a outros tumores intracranianos ou espinhais. O schwannoma tem comportamento agressivo com crescimento rápido e caráter destrutivo podendo invadir os espaços da orelha interna, tecidos nervoso e vascular, infiltrando estruturas vizinhas o que leva além de uma deterioração precoce das funções neurais à dificuldade para remoção cirúrgica total e sem déficits funcionais.

O tratamento na NF2 deve ser individualizado levando em conta taxa de crescimento do tumor, expectativa de vida do paciente, sintomatologia, características anatômicas, audição contralateral entre outros. Até que essas condições sejam avaliadas o tratamento inicial é expectante. Na abordagem cirúrgica do tumor a perda auditiva tende a ser instantânea. A probabilidade de preservação auditiva depende de seu tamanho e da localização pois além de preservar anatomicamente o nervo coclear é necessário manter a trama vascular que nutre a orelha interna.

A radioterapia é uma opção terapêutica com baixas complicações e alta chance de controle tumoral. A radiocirurgia estereotáxica (RCE) é a primeira opção em idosos, clinicamente inoperáveis, tumores bilaterais ou recidivas pós-cirúrgica. Antigamente se acreditava no benefício da preservação auditiva da radioterapia em relação a cirurgia, porém estudos de longo prazo evidenciaram perdas progressivas e tardias na imensa maioria dos pacientes que fizeram RCE.

A reabilitação auditiva ao longo dos últimos anos tem sido feita principalmente por meio de implantes no tronco cerebral (ITC) situação na qual os Resultados alcançados são limitados em relação a discriminação da linguagem permitindo apenas detecção do som e suporte para leitura orofacial.

Ao selecionar os pacientes no momento certo e utilizar técnicas microcirúrgicas rigorosas é possível conseguir preservação anatômica do nervo coclear e avaliar sua viabilidade funcional permitindo a utilização do IC como terapia de reabilitação auditiva.

O uso do IC promove um maior incremento nas habilidades auditivas e sustentabilidade a longo prazo. Apresenta menos efeitos colaterais da estimulação elétrica que o ITC, é mais econômico e mais prático em relação a programação e manutenção dos equipamentos eletrônicos permitindo o seu emprego em pacientes que estejam distantes de centros de alta complexidade.

No caso apresentado o paciente teve perda auditiva importante e progressiva após a radiocirurgia. A reabilitação auditiva com IC apresentou bom resultado auditivo.

Conclusão: A Neurofibromatose tipo 2 pode evoluir com perda auditiva em algum momento de progressão da doença ou após o tratamento sendo imprescindível tentar preservar a audição. O implante coclear é uma opção melhor que o implante de tronco encefálico para promover a reabilitação auditiva nesses pacientes uma vez que apresenta melhores índices audiométricos, menos efeitos colaterais, maior segurança e sustentabilidade a longo prazo

Palavras-chave: neurofibromatose; reabilitação; auditiva.

TCP768

O PERIGO DE LESÕES COEXISTENTES: GRANULOMA PIOGÊNICO E COLESTEATOMA SOBREPOSTO COM GLOMUS JUGULAR**Autor principal:** EMILY BARBOSA DO NASCIMENTO**Coautores:** WENBERGER LANZA DANIEL DE FIGUEIREDO, RAFAEL SIQUEIRA DE CARVALHO**Instituição:** Universidade Federal do Amazonas

Apresentação do caso: Paciente D.S.A., sexo masculino, 49 anos. Veio ao ambulatório de otorrinolaringologia com queixa de otalgia, otorreia, zumbido tipo chiado por vezes pulsátil, hipoacusia e plenitude auricular em ouvido direito (OD) há mais de 2 anos. Último episódio de otorreia foi há 2 meses, no qual fez uso oral de amoxicilina com clavulanato de potássio e prednisona, e solução otológica de ciprofloxacino com hidrocortisona. No momento da consulta negava otorreia e otalgia. Ao exame físico, apresentou, em otoscopia de OD, canal auditivo externo (CAE) com presença de lesão de aspecto similar a granuloma, não pulsátil, ocupando todo o conduto, membrana timpânica (MT) não visualizada. Em tomografia computadorizada de ouvido e mastoide evidenciaram-se sinais de otomastoidopatia inflamatória crônica à direita sem sinais de erosão ossicular. Diagnóstico de otite média crônica (OMC) supurativa à direita e granuloma em CAE direito. No intraoperatório foi observado lesão granulomatosa em CAE a Direita com realização de exérese que cursou com sangramento intenso impossibilitando progressão para timpanomastoidectomia programada. Foi ainda visualizado lamelas sugestivas de colesteatoma na caixa timpânica que foram aspiradas e enviadas para o anatopatológico. Colocada esponja hemostática e curativo com evolução sem intercorrências no pós-operatório, porém com recidiva no 14º DPO de lesão de aspecto granulomatoso pulsátil em CAE em OD, não podendo descartar tumor de origem vascular. Solicitada posteriormente ressonância magnética que evidenciou paraganglioma (glomus) jugulotimpânico com lesão lobular de intensa impregnação pelo contraste de origem provável do forame jugular, atingindo várias estruturas adjacentes e compatível com natureza neoplásica. O resultado do anatopatológico das lesões foram granuloma piogênico e neoplasia epitelial compatível com colesteatoma. O paciente encontra-se em programação e planejamento para cirurgia do glomus jugulotimpânico.

Discussão: A presença de colesteatoma em otologia geralmente ocorre na anastomose timpânica. Trata-se de um tumor epitelial benigno que se desenvolve na orelha média e mastoide, onde restos de queratina ficam presos e se proliferam, podendo ser adquirido ou congênito, causando erosão local e destruição óssea. O colesteatoma pode se espalhar para estruturas adjacentes (seio lateral, nervo facial, fossa posterior) originando outras complicações, por isso a tomografia computadorizada (TC) é recomendada para todos os pacientes, e o tratamento cirúrgico indicado a todos os pacientes. Já o granuloma piogênico é uma lesão vascular de coloração avermelhada ou arroxeada geralmente reativa após trauma local, podendo ser tratada com exérese cirúrgica, criocirurgia ou cauterização química, enquanto que o glomus jugulotimpânico é um tumor vascular benigno pouco frequente de orelha média, caracterizado por lesão avermelhada pulsátil em MT à otoscopia, onde a cirurgia constitui modalidade terapêutica. Relatos na literatura sobre a ocorrência de dessas três lesões de ocorrência sincrônica como no caso apresentado são incomuns.

Comentários finais: No processo de otorreia crônica, o otorrinolaringologista deve estar sempre atento ao potencial de colesteatoma de orelha média. Uma vez diagnosticado, todos os pacientes devem ser submetidos a TC de osso temporal para avaliar a verdadeira extensão da lesão e o envolvimento de estruturas adjacentes. Geralmente, o tratamento cirúrgico é o mais adequado, com objetivo principal é eliminar as lesões e manter a audição o máximo possível, sendo a mastoidectomia modificada a cirurgia mais realizada. As neoplasias associadas a casos de colesteatoma podem contribuir para o seu crescimento e sua reincidência, além de poder atrapalhar a cirurgia adequada do paciente. Nos casos duvidosos, a ressonância nuclear magnética se faz necessária para afastar tumores de origem vascular e melhorar o planejamento cirúrgico.

Palavras-chave: granuloma piogênico; colesteatoma; paraganglioma.

TCP769

RELATO DE CASO: RETIRADA DE PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO E ORELHA MÉDIA.**Autor principal:** GABRIELY LERNER BIANCHI**Coautores:** ANGELA RUBIA OLIVEIRA SILVEIRA, DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS, CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA, VICTOR RANZULLA DE SOUZA, JULIA SOUTO FARIA NAVARRO**Instituição:** UFMT/HUJM

Apresentação do caso: D.C.F, feminina, 69 anos, hipertensa. Paciente chega em consultório ORL 11 dias após sofrer tentativa de homicídio com arma de fogo recebendo 3 tiros em orelha esquerda, apresentava otalgia bilateral e vertigem já em uso de em uso de clavulin, otocirix e labirin. Em exame físico otoscopia OD: MT integra vista parcialmente, presença de secreção aderida em parte da MT. OE: edema de conduto importante com otorreia amarelada, não visualizada MT. TC de spn e ouvido: 3 imagens sugestivas de projetis de arma de fogo alojados no viscerocrânio associados à fratura e deposição de fragmentos adjacentes. Orientado uso de otocirix e prednisona e retornar com 7 dias. Assim em retorno houve melhora da otorreia e edema de CAE, em nova otoscopia OD = MT íntegra, sem otorreia. OE = presença de secreção enegrecida aderida em MT, paciente com mímica facial preservada. Optado pela realização da retirada de projétil em centro cirúrgico sob anestesia geral, não foi possível retirar através de CAE e optado por acesso retroauricular, com retirada do corpo estranho com auxílio de allis. Assim visualizada MT com perfuração em quadrante posterior e retração anteriormente, no mesmo ato cirúrgico foi planejado realização de timpanoplastia porém havia muito resquícios de pólvora e optado por realizar em um segundo momento.

Discussão: O osso petroso temporal, localizado ao redor da orelha média, é um alvo comum de trauma de alta energia. Muitos aspectos devem ser levados em consideração ao realizar cirurgia de remoção do projétil. Avaliando se há fratura concomitante de maxilar, arco zigomático e em articulação temporomandibular. Sendo essas regiões de abundante vascularização e inervação. É feita uma RNM antes da abordagem cirúrgica para avaliar as estruturas acometidas, podendo fazer o procedimento de retirada do projétil e reconstituição de artérias, veias e inervação na região pré-auricular. Após as medidas iniciais, de socorro e tratamento com antibioticoterapia, a perda auditiva é a complicação mais frequente do trauma do osso temporal. Após traumas de alta energia de qualquer origem, é necessária uma abordagem sistemática para diagnosticar essa possibilidade. A perda auditiva ocorre por uma ruptura da congruência entre as cadeias ossiculares, por luxação ou fratura ossicular. Ademais, é importante excluir a existência de lesões do nervo facial, bem como seu ramo para a orelha média, o nervo corda do tímpano.

Comentários finais: Ao atender pacientes relacionados a lesões de alto impacto em orelha média e osso temporal, devemos avaliar a higidez dos sistemas da região. Dessa forma, se possa reparar os danos e prevenir sequelas, diminuindo a extensão das injúrias.

Palavras-chave: projétil; orelha média; cirurgia.

TCP770

TIMPANOPLASTIA COM ENXERTO DE MUCOSA DE CORNETO INFERIOR: SÉRIE DE CASOS

Autor principal: ANA BEATRIZ DE OLIVEIRA ASSIS

Coautores: JOSE RICARDO GURGEL TESTA, IGOR NASCIMENTO BATISTA, MARIA ANGELA ZAMORA ARRUDA GREGOLIN, RODRIGO DOS SANTOS NEVES, MARLON SOUZA COELHO, FERNANDO PIRES DE ARAUJO, MARCELO ZUFFO PEREIRA BARRETTO

Instituição: Hospital Paulista de Otorrinolaringologia

Objetivos: Demonstrar Resultados cirúrgicos e audiológicos da timpanoplastia tipo 1, pela técnica underlay, com enxerto de mucosa de corneto inferior.

Métodos: Foram selecionados 3 pacientes com indicação de timpanoplastia tipo 1 e turbinectomia dos cornetos inferiores. As cirurgias foram realizadas entre os anos de 2020 a 2022. Os parâmetros avaliados foram sucesso cirúrgico, ou seja, fechamento da perfuração timpânica e Resultados audiológicos com avaliação dos limiares e gap aéreo-ósseo pré e pós-operatórios.

Resultados: O fechamento completo da perfuração timpânica foi alcançado em 2 dos 3 pacientes. Os 3 pacientes apresentaram melhora audiológica com diminuição do gap aéreo-ósseo.

Discussão: Foram selecionados pacientes com perfurações amplas na membrana timpânica, com indicação cirúrgica de timpanoplastia tipo 1 pela técnica underlay e que possuíam, concomitantemente, indicação cirúrgica de turbinectomia ou turbinoplastia dos cornetos inferiores. Todos os pacientes apresentaram, no segmento pós-operatório, melhora audiológica e melhora dos padrões respiratórios, não foram observados casos de infecção ou outras complicações importantes.

O paciente 1 apresentou fechamento total da perfuração e melhora auditiva documentada dos parâmetros audiológicos. Este apresentava história previa de timpanoplastia há esquerda sem pega do enxerto, além de obstrução nasal crônica. Audiometria pré-operatória com SRT 80 dB com gap de 40 dB sem discriminação vocal à esquerda. Foi realizado turbinectomia e timpanoplastia tipo 1, underlay, utilizando o enxerto de mucosa de corneto inferior. À otoscopia, enxerto íntegro e melhora audiológica, audiometria pós-operatória com SRT 65 dB com gap de 15 dB, sem discriminação vocal à esquerda.

O paciente 2 apresentou fechamento total da perfuração e melhora auditiva documentada dos parâmetros audiológicos. Este apresentava uma perfuração extensa em orelha direita e uma audiometria pré-operatória com SRT 25dB com gap de 20 dB a direita e SRT de 20 dB a esquerda, timpanometria curva C à esquerda, sem reflexos estapédicos. Avaliação nasal pré-operatória apresentava hipertrofia dos cornetos inferiores. A cirurgia proposta foi de turbinectomia e timpanoplastia tipo 1, underlay, utilizando enxerto de mucosa de corneto inferior. À otoscopia, enxerto íntegro e melhora audiológica, audiometria pós-operatória com SRT 10 dB e gap de 5 dB nas frequências de 1 e 2 KHz á direita e SRT 10 dB à esquerda, timpanometria, curva A bilateral, sem reflexos estapédicos.

O paciente 3 apresentou redução, porém, coaptação incompleta da perfuração e pequena melhora auditiva documentada dos parâmetros audiológicos. Este apresentava uma perfuração extensa em orelha esquerda e focos de timpanoesclerose, audiometria pré-operatória com SRT 30dB com gap de 20 dB a esquerda e SRT de 10 dB à direita. Avaliação nasal pré-operatória apresentava hipertrofia dos cornetos inferiores devido à quadro de rinopatia crônica e desvio do septo nasal. Cirurgia proposta foi de turbinectomia e timpanoplastia tipo 1, underlay, utilizando enxerto de mucosa de corneto inferior. À otoscopia, perfuração residual de 20%, melhora audiológica discreta em relação à diminuição do gap, já, em relação ao SRT, não foram observadas alterações. Audiometria pós-operatória com SRT 30 dB e gap de 15 dB à esquerda e SRT 10 dB à direita. A mucosa nasal tem características histológicas semelhantes à mucosa da orelha media, apresenta características imunológicas que proporcionam uma maior adaptabilidade a um ambiente contaminado, além de ter um potencial de regeneração, também, não há a necessidade de incisões ou suturas externas para coletar enxertos de cartilagem ou fásia. No entanto, o paciente pode apresentar no pós-operatório, complicações pequenas como crostas nasal, congestão e sangramentos de pequena monta.

Conclusão: O enxerto de mucosa de corneto inferior pode ser usado quando se tem uma proposta cirúrgica de realização de turbinectomia concomitante a timpanoplastia, e pode ser uma opção de material de enxerto com ganhos e Resultados semelhantes aos enxertos de cartilagem e fásia.

Palavras-chave: timpanoplastia; corneto inferior; membrana timpânica.

TCP771

VARIAÇÃO ANATÔMICA EM PACIENTE COM OTITE MÉDIA CRÔNICA NÃO COLESTEATOMATOSA: RELATO DE CASO**Autor principal:** JOSE CARLOS RODRIGUES CHAVES JUNIOR**Coautores:** MURILO BUFAIÇAL MARRA, CÁRITA LOPES MACÊDO, ISABELA GOMES MALDI, VICTORIA FRANCO GONCALVES, WILDER ALVES, HUGO VALTER LISBOA RAMOS, CLAUDINEY CANDIDO COSTA**Instituição:** CRER

Apresentação do caso: Paciente GLS, masculino, 65 anos, relata otorreia intermitente desde a infância em ambos os ouvidos, pior à esquerda, sem melhora com tratamento clínico. Nega tontura ou queixas vestibulares. Em audiometria apresenta perda auditiva mista moderada e ao exame físico perfuração ampla e seca central em ouvido direito e perfuração timpânica ampla e marginal com visualização do cabo do martelo em ouvido esquerdo.

Em tomografia de mastoide foi visualizado seio sigmoide mais saliente em ouvido direito, aparente disjunção incudomaleolar bilateral sem alargamento de espaço de prussak ou erosão do esporão de chaussé. Epitímpano e mesotímpano livres bilateralmente e hipotímpano parcialmente envolto por material de partes moles.

No intra-operatório foi visualizado que a parede posterior do conduto auditivo externo estava anteriorizada, visto logo no descolamento do retalho timpanomeatal. Além disso, foi vista mucosa hiperplasiada em regiões de células mastoideas, sendo a maior em topografia de tegmen timpani. Durante a busca pelo nervo facial, foram encontrados o CSCL (Canal semi circular lateral), Ramo curto da bigorna e o nervo corda do tímpano como parâmetros principais. Sendo que após colocar o probe para avaliar distância ao nervo facial percebemos que o mesmo tinha o trajeto em sua porção mastoidea posteriorizado em relação à parede posterior do CAE (Conduto auditivo externo).

No pós operatório, após cerca de 5 dias paciente iniciou com tontura leve que cessou na segunda semana de pós operatório apenas com anti-histamínico se necessário.

Discussão: Durante estudo da literatura, vemos que para encontrar o trajeto do nervo facial, quando possível, os principais marcos anatômicos são: Processo cocleariforme, a janela oval, o canal semicircular lateral, a eminência piramidal, o anel timpânico, a corda do tímpano, o forame estilomastoideo. Foi visto ainda que em sua descida do segundo joelho até o forame estilomastoideo, em 60% dos espécimes apresentava uma descida vertical até o forame estilomastoideo e que em 20% cada o nervo descia ligeiramente lateral ou medialmente.

Comentários finais: Diante da possibilidade diversa de variações anatômicas, é essencial que haja estudo prévio quanto a anatomia do paciente para prever complicações intra- operatórias. Quando a anatomia do paciente tem variação anatômica e ainda tem distorção da mesma devido à otite média crônica a importância da monitorização do facial no intra- operatório se torna de grande valia.

Palavras-chave: nervo facial; osso temporal; alterações congênitas.

TCP772

OSTEOMA DO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO E OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS NA ESCOLHA DA VIA DE ACESSO**Autor principal:** GUSTAVO DUARTE NASCIMENTO**Coautores:** CHENG T-PING, FERNANDA GOMES RESENDE, MARIA PAULA ANDRADE RODRIGUES MACHADO, MILENA GAVA FIM, PATRICIA ROSA NUNES, SOFIA PEREIRA TIRONI, SÉRGIO EDRIANE REZENDE**Instituição:** Instituto de Otorrinolaringologia

Apresentação do caso: Mulher, 22 anos, preta e estudante universitária apresentou plenitude auricular e hipoacusia à direita iniciadas há dezoito meses com piora progressiva, sem outras queixas. Na otoscopia direita, o conduto auditivo externo (CAE) estava obstruído por tumor endurecido, envolvido por descamação e debris de aspecto purulento, que não possibilitava visibilizar o tímpano. A orelha esquerda estava sem alterações. O audiograma apresentado pela paciente mostrou apenas limiares aéreos que variavam de 15-30bd, bilateral, sem a via óssea. A tomografia de ossos temporais mostrou à direita tumor de densidade óssea nos dois terços laterais do CAE, com bordas regulares e sem acometimento ósseo subjacente, base larga e sem pedículo, próximo ao tímpano. Orelha média e mastóide livres. A orelha esquerda estava sem alterações. O diagnóstico foi osteoma de CAE direito e indicada exérese cirúrgica por acesso endaural. Porém, houve o cuidado de informar a paciente da possibilidade do acesso ser convertido para retroauricular, caso as condições intra-operatórias exigissem. Além disso, foi solicitado ao centro cirúrgico que o material específico, motor e brocas cirúrgicas, estivessem disponíveis para uso.

Discussão do caso: Os osteomas de CAE, em geral, manifestam-se quando o tamanho ou a posição no conduto provocam plenitude aural, hipoacusia ou otite externa. Esses sintomas também são comuns em outras patologias não inflamatórias, como exostoses ou neoplasias. Os osteomas acometem 1% da população geral e são mais comuns no sexo masculino. A tomografia computadorizada é o exame de escolha. Geralmente é evidenciado lesão pedunculada no CAE, densa e homogênea, com bordas regulares, sem acometimento do tímpano, orelha média e mastóide.

Grande parte das exéreses do osteoma do CAE podem ser executadas por via endaural, com simples movimento de alavanca, fratura e retirada da lesão. Mas, dependendo da abertura do meato externo, do diâmetro e formato do CAE, tamanho, inserção e formato do osteoma, e proximidade ao tímpano, o acesso retroauricular garante melhor exposição e segurança para proteger o tímpano e estruturas da orelha média. Essa possibilidade também deve ser explicada para o paciente, para que não ocorra uma cicatriz retroauricular inesperada no pós-operatório, assim como as complicações que são distintas do acesso endaural.

Comentários finais: Este relato ressalta o diagnóstico de osteoma de CAE, uma doença de baixa prevalência e que embora seja mais freqüente em homens, neste caso foi em mulher. A escolha do acesso cirúrgico no osteoma é geralmente endaural, mas o esclarecimento da possibilidade da via de acesso retroauricular, bem como a disponibilização do material adequado, devem ser antecipados pelo cirurgião para garantir o sucesso da cirurgia e manter boa relação médico-paciente.

Palavras-chave: osteoma; via acesso; cirurgia.

TCP773

ALTERAÇÕES DA ORELHA MÉDIA EM PACIENTES COM FENDA PALATINA

Autor principal: BERNARDO DO PRADO RIBEIRO**Coautores:** THOMAS PETER MAAHS, MARINA FARIA FIGUEIREDO, GUSTAVO GUTHMANN PESENATTO, MARTINA VITÓRIA FLACH DIETRICH, JULIA TONETTO PORTO, GABRIELA ALCOFORADO DE ABREU, DANIELA PRETO DA SILVA**Instituição:** Hospital São Lucas da PUCRS

Objetivos: Revisar a literatura para avaliar a prevalência de alterações de orelha média em pacientes com fenda palatina (FP) não-sindrômica, especialmente na faixa etária pediátrica, em busca de estudos que possam embasar e justificar a tomada de decisão quanto ao manejo otológico nesta população.

Métodos: Realizada busca na plataforma PUBMED por trabalhos apresentando as palavras-chave “Cleft Palate” e “Middle Ear” nos últimos 10 anos publicados em língua portuguesa ou inglesa e que estudaram alterações da orelha média em pacientes com FP não-sindrômica, especialmente aqueles relacionados à prevalência das alterações nesta população. Foram encontrados 196 estudos, dos quais 19 foram escolhidos para revisão com base em seus resumos. Além disso, foram selecionados estudos adicionais com base nas referências bibliográficas dos artigos inicialmente revisados.

Resultados: A maior parte dos estudos encontrados tem foco na discussão da forma ideal de acompanhamento e manejo otológico e audiológico nesta população, porém ainda são poucas as evidências robustas com conclusões definitivas. Nos estudos revisados, alterações da orelha média são descritas em 69 a 97,6% dos casos sendo Otite Média com Efusão (OME) a patologia mais encontrada, com prevalência aproximada de 53,7 a 90,6% aos 12 meses de idade e 81,1% aos 24 meses, com redução progressiva ao longo dos anos até a fase adulta.

Além disso, aproximadamente 83,1% dos pacientes passam no rastreio neonatal, desenvolvendo OME durante as primeiras semanas ou meses de vida. Evidências também sugerem não haver alteração significativa na incidência antes ou após a palatoplastia. Quando comparados pacientes com OME com e sem FP, não se encontra diferença na gravidade da OME, considerando o status da orelha média e os limiares auditivos.

Sobre a colocação de tubo de ventilação (TV), é descrita indicação em 47 a 100% dos casos, com idade média de inserção aos 11,7 meses, sendo que até os 2,5 anos de idade, 57,5% destes pacientes são submetidos ao procedimento, havendo incidência de otorréia pelo tubo em aproximadamente 31,6% dos casos.

Outro fator de interesse é o aumento dos limiares auditivos durante a fase adulta em pacientes com FP, quando em comparação com grupo controle, com piora também do reconhecimento de fala naqueles que mantêm OME. Também são descritas diferenças anatômicas da tuba auditiva nos adultos, com redução da angulação e do comprimento da mesma. Apesar disso, ao final da infância e início da adolescência, aproximadamente 77,27% dos pacientes apresentam audição normal, 68,2% curva timpanométrica do tipo A e 46% alterações escleróticas da mastoide aos exames de imagem. Outras alterações descritas incluem retração, com incidência de aproximadamente 50% dos casos, 25 a 35,9% perfuração timpânica e colesteatoma em 2,6% em média.

Discussão: A FP pode levar a prejuízo da função de músculos da faringe relacionados à regulação da patência da tuba auditiva, levando a alta prevalência de alterações de orelha média principalmente na infância, sendo mais comum a OME. Além disso, especial atenção deve ser dada ao fato de que muitos desses pacientes passam no rastreio neonatal, com desenvolvimento de efusão posteriormente, ou até mesmo evoluindo com outras alterações crônicas, o que justifica a necessidade de acompanhamento rigoroso. Os trabalhos revisados também sugerem aumento da prevalência de alterações durante a idade adulta nessa população quando em comparação com controles, podendo levar a persistência de perda auditiva.

Conclusão: Alterações da orelha média são importantes comorbidades nos pacientes com FP, podendo acarretar prejuízo da audição e ser uma barreira adicional ao desenvolvimento, especialmente da linguagem, podendo levar a prejuízo significativo na vida pessoal, social, acadêmica e profissional.

Considerando o exposto, apesar de não haver consenso sobre a forma como deve ser realizada, os pacientes com FP devem ser acompanhados de forma rigorosa e rotineira desde o período neonatal até a idade adulta para se garantir o manejo otológico adequado quando houver necessidade.

Palavras-chave: fenda palatina; orelha média; otite média com efusão.

TCP774

COLESTEATOMA CONGÊNITO DESCOBERTO NA INVESTIGAÇÃO DE QUADRO DE PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA - UM RELATO**Autor principal:** JOYCE RIOS BRAGA VILELA SILVA**Coautores:** JULIANA ALVES DIAS FERNANDES, FERNANDA FRANCO CARREGOSA, JOSE ANTONIO PINTO, PEDRO PAULO VIVACQUA DA CUNHA CINTRA, PEDRO FEITOSA DE SOUZA DA CUNHA CINTRA**Instituição:** Núcleo de Otorrinolaringologia e Medicina do Sono de São Paulo

Apresentação do caso: Paciente masculino de 16 anos de idade iniciou quadro de paralisia facial periférica (PFP) em julho de 2021. Em atendimento inicial realizou tomografia computadorizada de crânio para investigação e, devido alteração em orelha média, foi orientado a procurar acompanhamento otorrinolaringológico. Chegou ao nosso serviço em novembro de 2021 com queixa de otalgia e sensação de hipoacusia em orelha direita. No exame físico inicial constatamos PFP grau 3 de House-Brackmann. A otoscopia apresentava-se normal bilateralmente e sem demais achados. Para investigação complementar solicitamos Tomografia Computadorizada (TC) de ossos temporais, que evidenciou otomastoidopatia crônica associada a possível componente colesteatomatoso. A Ressonância Magnética foi realizada com contraste endovenoso e mostrou comprometimento dos complexos neurais VII/VIII, podendo estar relacionado ao envolvimento lesional por contiguidade. A Eletroneuromiografia constatou sequela de degeneração acentuada do nervo facial direito. Assim, foi optado por realização de timpanomastoidectomia a direita, a fim de remover o colesteatoma e possibilitar limpeza de tecido inflamatório local. O procedimento cirúrgico foi realizado em fevereiro/2022, ocorrendo melhora importante do quadro de paralisia facial após, somado ao tratamento conjunto de fisioterapia facial. O quadro evolui para grau 1 de House-Brackmann. Ademais, também houve melhora considerável da perda auditiva condutiva ipsilateral presente inicialmente.

Discussão: A origem do colesteatoma congênito (CC) ainda permanece incerta. É comumente relatado como um achado incidental, na investigação de perda auditiva condutiva ou de otites médias, sendo raramente encontrado por quadro de paralisia facial. A maioria dos casos envolve o quadrante ântero-superior da membrana timpânica. No caso relatado, a localização do tecido inflamatório envolvia o antro mastoideo e cavidade timpânica, ocupando o epitímpano, o mesotímpano e o hipotímpano. Na TC o colesteatoma congênito geralmente aparece como uma lesão isolada, sem realce, hipodensa e, possivelmente, invasiva. Em adição, na RM de ossos observou-se ainda aparente obliteração do sinal habitual de parte do vestíbulo e do canal semicircular superior, bem como de parte da cóclea a direita, com discreta extensão ao fundo do conduto auditivo interno homolateral. Existem diversos mecanismos através dos quais os colesteatomas podem levar à paralisia facial, como substâncias neurotóxicas, erosão do canal de Falópio e compressão do nervo facial. O envolvimento do nervo facial no epitímpano anterior foi relatado em apenas alguns casos. A extensão do colesteatoma para este espaço leva à compressão do nervo na região do gânglio geniculado. O tratamento ideal do colesteatoma é cirúrgico, com erradicação completa do tumor a fim de preservar a audição e prevenir recidivas. Nesse estudo, tal conduta foi através de cirurgia endoscópica, feita completamente por dentro do meato. Realizamos rebatimento de retalho timpanomeatal, seguido por exposição da região atical e broqueamento intracanal. Toda a lesão foi retirada com sucesso pela via endoscópica, sendo possível manter a integridade da membrana timpânica. Considerando a faixa etária pediátrica, nos quais o meato acústico externo é menor, a cirurgia endoscópica transcanal da orelha tem se mostrado uma boa opção; pois proporciona melhor visualização das estruturas da orelha média, facilitando a remoção do tumor em áreas ocultas. Além disso, é minimamente invasivo e dispensa a incisão retroauricular, preservando tecido mastóideo nos pacientes pediátricos.

Comentários finais: O colesteatoma congênito tem sintomatologia discreta em seus estágios iniciais, sendo que a paralisia facial periférica não costuma ser uma Apresentação clínica típica. Seu tratamento deve ser cirúrgico e se possível via endoscópica transcanal. Como vantagens dessa técnica deve-se considerar que é minimamente invasiva, ignorando a estrutura estreita do canal meatal, e possibilita a visão ampla ao cirurgião.

Palavras-chave: colesteatoma congênito; paralisia facial; cirurgia endoscópica.

TCP775

TRATAMENTO PRECOCE DE SURDEZ SÚBITA PROFUNDA EM UM PACIENTE JOVEM

Autor principal: RODRIGO BARRETO RODRIGUES CONDÉ**Coautores:** MARCOS ANTONIO COMERIO FILHO, VITOR COSTA FEDELE, PALOMA DAS DORES COSTA, BRUNA FIGUEIRA BRAGA, ANA PAULA DE SOUZA LIMA, LANA PATRÍCIA SOUZA MOUTINHO, CORA PICHLER DE OLIVEIRA**Instituição:** Hospital Naval Marcílio Dias

Apresentação do caso: O.C.A., 23 anos, branco, sexo masculino, sem comorbidades, compareceu ao ambulatório alegando que há 2 dias apresentou quadro de plenitude aural à direita, evoluindo após 24 horas com hipoacusia ipsilateral importante, zumbido contínuo, tipo apito, de alta frequência e vertigem discreta. Negou qualquer processo infeccioso nas semanas anteriores e exame físico não apresentava qualquer alteração significativa.

Foi submetido ao exame de audiometria tonal e vocal, evidenciando perda auditiva neurossensorial severa à direita entre 250 Hz e 4.000 Hz e profunda entre 6000Hz e 8000Hz, com discriminação vocal pobre e curva timpanométrica tipo A. Ouvido esquerdo apresentava-se com audição dentro dos limiares de normalidade.

Como o paciente não apresentava contraindicação ao uso de nenhuma medicação, institui-se precocemente o protocolo de surdez súbita adotado pelo serviço. O tratamento consiste em pentoxifilina 400 mg de 8/8 horas, vitamina A 50.000 unidades uma vez ao dia, prednisona 60 mg ao dia em esquema de desmame e aciclovir 400 mg 5 vezes ao dia e após doze dias novo exame de audiometria tonal e vocal foi realizado, o qual revelou limiares auditivos preservados bilateralmente. Exames laboratoriais e ressonância nuclear magnética com gadolínio de ouvido interno foram executados a fim de identificar a etiologia, mas encontravam-se sem alterações.

Discussão: Surdez súbita é definida como uma perda auditiva neurossensorial de pelo menos 30 dB em três frequências contíguas e instalada em até 72 horas, a qual deve ser encarada como uma urgência médica, tanto pelo desconforto que acarreta ao paciente, quanto pela necessidade de tratamento precoce. Representa um sintoma comum a diversas doenças e não uma entidade nosológica própria.

O diagnóstico etiológico é firmado em apenas 15% a 20% dos casos e existem quatro teorias para tentar explicar a fisiopatologia da condição: infecção viral, imunológica, ruptura de membranas e distúrbio circulatório. A infecção viral é atualmente considerada como uma das principais possíveis causas.

Em relação à intensidade da perda auditiva na surdez súbita, podemos utilizar a classificação convencional de perda em graus leve (30 a 40 dBNA), moderado (40 a 70 dBNA), severo (70 a 90 dBNA) e profundo (> 90 dBNA). Aproximadamente 25% a 50% dos casos podem apresentar melhora auditiva de forma espontânea, porém existem evidências cada vez mais consolidadas que o tratamento deve ser instituído de forma mais precoce possível, idealmente nos 10 primeiros dias que sucedem a instalação do quadro.

Existem alguns indicadores de mau prognóstico, como as perdas auditivas severas, profundas ou anacusia, audiometrias com curvas planas ou descendentes, com discriminação vocal ruim, extremos de idade, crise vertiginosa, zumbido intenso e distorção auditiva associados.

No tocante ao tratamento medicamentoso, ainda não é consenso universal sobre todas as drogas que devem ser prescritas, mas existem algumas mais utilizadas. Corticoterapia via oral, apresenta evidências mais robustas dentre todos os outros fármacos, feito geralmente 60 mg por dia de prednisona em regime de desmame. A corticoterapia intratimpânica é uma opção para pacientes que tem contraindicações de receber a medicação pela via oral ou pode ser feita de forma combinada com a sistêmica. Antiviral (aciclovir: 1 a 2 g por dia, divididos em cinco doses) está indicado quando for encontrada a PCR do herpes vírus positiva ou quando não for possível a sua obtenção. Preconiza-se também o uso de drogas hemorreológicas, como pentoxifilina ou piracetam. Por fim, vitamina A é recomendada por algumas escolas médicas, porém seu mecanismo de ação ainda é mal definido.

Comentários finais: Embora o paciente apresentasse alguns critérios de mau prognóstico, como por exemplo, perda auditiva profunda, audiometria com curva plana e discriminação vocal ruim, zumbido e vertigem associados, houve melhora completa da capacidade auditiva em um curto intervalo de tempo. Atribuímos essa rápida recuperação ao tratamento que foi instituído de forma precoce, logo no segundo dia após início do quadro.

Palavras-chave: surdez súbita; tratamento; prognóstico.

TCP776

SÍNDROME DE RAMSAY HUNT COM NEURITE VESTIBULOCOCLEAR: RELATO DE CASO**Autor principal:** GABRIEL AUGUSTO PINTO BARBOSA**Coautores:** LARA PASCOUTTO SAMPAIO, CRISTIAN KAEFER, MARIANA MARÃO LAPENTA, LUIZ CEZAR DA SILVEIRA, FERNANDA MIRALDI CLEMENTE PESSOA, CAMILA PINHEIRO JUNQUEIRA, ANA CRISTINA COSTA MARTINS**Instituição:** *Septo PUC-RIO*

Apresentação do caso: Paciente gênero feminino, 37 anos, sem comorbidades, procurou atendimento médico otorrinolaringológico com queixa de vertigem rotatória desencadeada por movimentação cefálica iniciada no mesmo dia, sem alteração no exame otoneurológico. Prescrito Betaistina 24mg 2 vezes ao dia por 30 dias e Flunarizina com Di-hidroergocristina 1 vez ao dia por 10 dias. Após 2 dias evoluiu com otalgia e edema de conduto auditivo externo à esquerda e vesículas em pavilhão auricular, sem evidência de paralisia facial. Iniciado tratamento com Prednisolona 60mg por 7 dias com posterior desmame, Aciclovir 800mg 5x ao dia por 7 dias, vitaminas do complexo B por 30 dias e Pentoxifilina 400mg 2x ao dia por 30 dias. O exame de sangue constatou leucocitose com aumento de linfócitos e a audiometria mostrou perda neurossensorial leve descendente à esquerda com perda de reflexo estapediano bilateral. A vectoeletronistagmografia computadorizada evidenciou síndrome vestibular periférica. Após 2 dias do tratamento evoluiu com paralisia facial à esquerda, escala de House-Brackmann II, com piora progressiva ao longo dos dias para escala de House-Brackmann IV, quando foi iniciada fisioterapia motora facial. Feita ressonância das mastoides que mostrou realce anômalo por meio de contraste nas porções meatal e labiríntica do nervo facial esquerdo, bem como da porção meatal do nervo vestibulococlear ipsilateral. Paciente segue em acompanhamento com melhora parcial da paralisia facial, porém mantendo quadro de vertigem.

Discussão: O vírus varicela zoster pertence à família dos herpesvírus que, após a infecção primária, se mantém em estado latente por toda a vida nos gânglios espinhais e nervos cranianos. Sua reativação pode ocorrer após diminuição de imunidade em doenças crônicas ou imunodeficiências, gerando manifestações neurológicas. A Síndrome de Ramsay Hunt se caracteriza pela reativação do vírus latente no gânglio geniculado, mais prevalente em mulheres entre 40 e 50 anos de idade. A clínica envolve em 60-90% dos casos o aparecimento de vesículas na região de pavilhão auricular, conduto auditivo externo e/ou membrana timpânica, otalgia e paralisia flácida da musculatura da mímica facial de toda a hemiface, classificada de acordo com a escala de House-Brackmann. Devido à anastomose dos nervos lingual e corda do tímpano, as erupções também podem ocorrer na mucosa oral e língua. Podem ser feitos o teste de Schirmer, avaliação da gustação e audiometria para avaliação do reflexo estapediano. O envolvimento com edema e degeneração do nervo vestibulococlear pode ser observado em média em 50% dos pacientes, geralmente após o aparecimento do quadro clássico, levando à manifestação de tontura, náusea, vômitos, acúfenos e perda neurossensorial. Sua fisiopatologia ainda não é bem definida, tendo como hipóteses a disseminação neuronal pela anastomose vestibulofacial, entrada do vírus pelas janelas oval e redonda por um canal facial deiscente ou até mesmo a presença do vírus latente nos gânglios espiral e de Scarpa. Alguns estudos mostraram que o acometimento do nervo vestibular pode ocorrer em pacientes sem quadro de vertigem, visto a presença de nistagmo unidirecional isolado em alguns casos. A incidência de sequelas é alta, com pior prognóstico quando acometimento do nervo vestibulococlear associado. A eletroneurografia e eletromiografia podem ser utilizadas nos casos de paralisia facial completa e a ressonância pode ser usada nos casos de polineurite, como observado no caso apresentado. O tratamento envolve a combinação de glicocorticoides e antivirais nas primeiras 72 horas, sendo importante associação com fisioterapia. A descompressão cirúrgica não é indicada pelo envolvimento do tecido nervoso sem evidência de compressão em si.

Considerações Finais: A síndrome de Ramsay Hunt apresenta grande importância no seu reconhecimento, característica clínica e seguimento, uma vez que o rápido diagnóstico e tratamento diminuem o dano neural, diminuindo o risco de sequelas. Além disso, é importante a investigação dos sintomas vestibulococleares, que podem aparecer antes mesmo dos sintomas clássicos.

Palavras-chave: síndrome Ramsay Hunt; neurite vestibulococlear; tontura.

TCP777

COMPLICAÇÃO TARDIA PÓS IMPLANTE COCLEAR: RELATO DE CASO.**Autor principal:** JOSE CARLOS RODRIGUES CHAVES JUNIOR**Coautores:** SERGIO DE CASTRO MARTINS, JÚLIA RAMOS DE MELO, VICTORIA FRANCO GONCALVES, LUCAS DA SILVA BRAZ, PAULIANA LAMOUNIER E SILVA DUARTE, HUGO VALTER LISBOA RAMOS, CLAUDINEY CANDIDO COSTA**Instituição:** CRER

Apresentação do caso: Paciente E.C.O, 9 anos, pós operatório tardio de implante coclear (realizado há 4 anos), comparece ao ambulatório de Otorinolaringologia com queixa de otorreia e otalgia em ouvido direito. Início dos sintomas há cerca de 2 semanas, sendo que paciente estava em uso de otocíriax, sem melhora.

Ao exame físico, otoscopia com pólipos em parede posterior de conduto auditivo externo (CAE), sendo aventado a possibilidade de extrusão tardia de implante coclear devido à reação por corpo estranho. Em primeiro momento foi iniciado tratamento clínico com Clavulin 30 dias + Prednisolona 10 dias, continuar com gota otológica e retornar em 1 semana para acompanhamento terapêutico, sem alteração do quadro no período.

Tomografia Computadorizada de ouvidos no início do quadro: Implante coclear à direita com eletrodos com extremidade na topografia da espira basal da cóclea. Sinais de mastoidectomia e otomastoidite à direita. Presença de material de densidade de partes moles ocupando parcialmente o conduto auditivo externo.

No retorno após 1 mês, paciente relata persistir com otorreia à direita e surgimento de flogose em região de ferida operatória retroauricular com secreção purulenta, sendo aventado nesta ocasião fistula retroauricular, biofilme em implante coclear ou processo de extrusão tardia de IC devido a reação por corpo estranho. Foi então optado por internação hospitalar para Antibioticoterapia (Ceftriaxona), realização de nova TC de ouvidos e avaliar reabordagem cirúrgica.

TC de ouvidos no 2º dia de internação: Eletrodos do implante aparentemente já extruindo de dentro da cóclea, com apenas a ponta do feixe de eletrodos ainda na espira basal da cóclea. Sinais de erosão do CAE e material de partes moles em toda a caixa timpânica e na região da mastoidectomia, com nível hidro-aéreo.

Optado por realização de nova TC de ouvidos de controle após 3 dias para avaliar resposta terapêutica.

TC de ouvidos no 5º dia pós internação; Sinais de otomastoidite aguda à direita, associada a erosões ósseas com sinais de trajeto fistuloso entre a cóclea e a cavidade timpânica e entre a cóclea e o canal carotídeo e espira basal da cóclea.

Após esta TC de controle, optado por reabordagem cirúrgica, sendo feito exérese de tecido necrótico de fistula cutânea, rebaixamento da parede posterior do conduto auditivo que estava erodida, retirados bigorna e cabeça de martelo erodidos, feita limpeza do aditus ad antrum. Ampliação da timpanotomia posterior e visualização do implante que já estava quase totalmente fora da cóclea, seguido de sua completa retirada. Retirado enxerto de fáscia do temporal e confecção de microcaixa.

Após reabordagem paciente persistiu por mais 10 dias com antibioticoterapia endovenosa, sem intercorrências no período.

Discussão: As complicações da cirurgia de implante coclear podem ser divididas em complicações menores e maiores. As primeiras (infecções limitadas de retalho e pequenas deiscências de sutura etc.) podem ser tratadas conservadoramente, já as complicações maiores são aquelas de maior gravidade, sendo as mais comuns: Paralisia facial, meningite, infecção e necrose do retalho, perda do implante, perfuração permanente de membrana timpânica e colesteatoma secundário.

Comentários finais: O caso clínico reforça os dados encontrados na literatura e contribui para a disseminação do conhecimento científico acerca de tal patologia, a qual os cuidados pré, intra e pós operatórios mostram elevada importância no controle de complicações pós operatórias, e que a identificação e tratamento destas em tempo oportuno podem evitar sequelas e prognósticos reservados.

Palavras-chave: implante coclear; complicação; criança.

TCP778

SÍNDROME DE GUSHER, COMPLICAÇÃO DE UMA ESTAPEDOTOMIA - RELATO DE CASO**Autor principal:** EUVALDO NETO BORGES TOMAZ**Coautores:** ANDRE NERI DE BARROS FERREIRA, PAULO MARCOS DO NASCIMENTO, FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA, HERCILIA HELENA DE OLIVEIRA PIMENTA, GABRIEL BORGES TOMAZ DE SOUZA, RAYANE CARNEIRO DE AMORIM, CAMILA DA FONSECA E SOUZA SANTOS**Instituição:** Hospital Santa Marta

Apresentação de Caso: Paciente 45 anos, sexo feminino, branca, com história de hipoacusia progressiva unilateral a esquerda há 5 anos, com sintoma associado zumbido bilateral. Apresentava história familiar negativa para otosclerose. Ao exame otorrinolaringológico, otoscopia com meatos acústicos externos livres, ausência de cerume, membranas timpânicas integras, translúcidas. Restante do exame físico sem alterações. Foi solicitada audiometria que apresentou ouvido esquerdo com perda auditiva condutiva moderada a severa e ouvido direito com limiar auditivo dentro da normalidade.

Tomografia computadorizada de ossos temporais evidenciou áreas de desmineralização óssea em cápsula ótica esquerda, associada a espessamento da platina do estribo. Cócleas, vestíbulos, canais semicirculares, aquedutos cocleares e vestibulares sem anormalidades. A hipótese diagnóstica aventada foi provável otosclerose à esquerda de acordo com história clínica e nos exames físico e complementar. À paciente foi proposto a cirurgia de estapedotomia como melhor forma de tratamento.

Durante o ato cirúrgico houve o extravasamento de líquido de ouvido interno para cavidade timpânica de modo exacerbado, durante a colocação de prótese e selamento na janela oval, intercorrência conhecida por síndrome de Gusher. A cirurgia foi interrompida, sendo feito o tamponamento do orifício hemostático. O extravasamento de líquido foi contido no 4º dia pós-operatório com uso diurético e corticoterapia e medidas comportamentais. Devido ao débito da fístula a paciente apresentou vertigem, instabilidade postural de grau severo, piora do zumbido e sensação de plenitude aurál. Apesar desta intercorrência, a paciente evolui sem outras complicações e com melhora dos sintomas de vertigem com o decorrer das semanas. Foi realizada audiometria após 60 dias da cirurgia, que manteve Resultados semelhantes aos exames pré-operatórios.

Discussão: A Síndrome de Gusher, também chamada de hipertensão perilinfática consiste na súbita saída de líquido cefalorraquidiano durante a realização da platinotomia na cirurgia da estapedotomia, observando seu persistente acúmulo em orelha média e conduto auditivo externo. A etiologia é uma malformação congênita que causa comunicação anormal entre o espaço perilinfático e o espaço subaracnóideo. Pode ser detectada por otorreia na presença de perfuração timpânica, algumas vezes associada a meningite, porém na maioria dos casos permanece indetectado por vários anos se tornando evidente durante o ato cirúrgico. Os exames de imagem como tomografia e ressonância são normais na grande maioria dos casos ou apresentaram alterações no canal auditivo interno, cóclea e nervo facial. Na suspeita desta síndrome, a cirurgia estapédica deve ser evitada. Alguns achados intraoperatórios na vascularização e crura posterior do estribo podem sugerir a síndrome. Na ocorrência desse a interrupção cirúrgica ainda permanece como a conduta mais utilizada

Todos os métodos que permitem reduzir a pressão do LCR poderão ser utilizados incluindo a elevação da cabeceira, a utilização de solutos hipertônicos (manitol), diuréticos ou a colocação de um dreno lombar. A antibioticoterapia de largo espectro é utilizada com intuito de prevenir o risco de meningite. As sequelas da síndrome de Gusher são bastante variadas. Pode ocorrer à perda auditiva completa/profunda, a piora da função auditiva, a permanência do limiar auditivo e até a melhora da função. Sintomas vestibulares pós-operatórios são comuns com variadas intensidades, sendo que a maioria são transitórios.

Comentários finais: A síndrome de Gusher é uma possível complicação observada durante a estapedotomia. A impossibilidade de definir o risco dessa complicação, previamente à cirurgia e a ausência de sinais clínicos são os fatores que contribuem com o maior risco para a abordagem da otosclerose por meio da estapedotomia. Apesar de rara é uma complicação que exige pronta terapêutica para evitar-se complicações como vertigens crônicas e até mesmo um agravamento da perda auditiva.

Palavras-chave: síndrome de Gusher; estapedotomia.

TCP779

PERDA AUDITIVA SECUNDÁRIA A LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO - REPERCUSSÕES E REABILITAÇÃO**Autor principal:** ISADORA ROLLEMBERG CALDAS MENEZES**Coautores:** RODRIGO DA SILVA SANTOS, JESSICA ABREU DOS SANTOS, ANDERSON SANTOS DOS ANJOS**Instituição:** *Universidade Federal de Sergipe*

Apresentação do caso: Paciente de 24 anos, sexo feminino, parda, diagnosticada há 13 anos com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAAF) possuía queixa de disacusia bilateral. Refere que a diminuição da acuidade auditiva foi evidenciada em época semelhante ao diagnóstico do LES. Fazia uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) em orelha direita, mas persistia com dificuldade para interação diária. Solicitada audiometria observou-se perda auditiva neurosensorial severa à direita e profunda à esquerda. Aventada a possibilidade de indicação de Implante Coclear Unilateral à esquerda foram solicitados exames pré-operatórios.

Todavia, em Ressonância Magnética e Tomografia Computadorizada de Ossos Temporais observou-se uma redução da luz da cóclea à esquerda com aspecto esclerótico. Cóclea direita sem alterações. Tendo em vista tal achado e visando melhor reabilitação auditiva indicou-se Implante Coclear Unilateral à direita. O procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências com introdução adequada do feixe de eletrodos do Implante. Paciente permanece em acompanhamento conjunto com Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia com boa resposta ao tratamento.

Discussão: O Lúpus Eritematoso Sistêmico consiste em uma doença autoimune crônica, que acomete principalmente o sexo feminino e pode afetar diversos órgãos – incluindo a orelha interna. Variados mecanismos podem gerar esse acometimento, como a produção de imunoglobulinas contra antígenos cocleares ou o depósito de imunocomplexos na estria vascular. Além disso, a vasculite induzida pelo LES pode gerar microinfartos em vasos temporais e desencadear uma disacusia neurosensorial.

As perdas auditivas de origem autoimune tendem a ser bilaterais, de início súbito ou rapidamente progressivo e caráter flutuante. A otoscopia normalmente não evidencia alterações e os exames audiológicos, laboratoriais e de imagem tendem a auxiliar no diagnóstico. Outras doenças autoimunes podem ocorrer de forma concomitante e é necessário investigação. É preciso também fazer diagnóstico diferencial com outras etiologias – uso de substâncias ototóxicas, causas metabólicas, infecções, entre outros.

Os corticoides surgem como uma opção para tratamento inicial e casos não responsivos podem ser abordados com imunossupressores. Pacientes que também possuem diagnóstico de SAAF muitas vezes precisam de tratamento com anticoagulantes associados. Em caso de uma disacusia permanente é necessário uma avaliação precisa para estabelecer a melhor modalidade para reabilitação auditiva (por exemplo, com implante coclear).

Comentários finais: Pacientes jovens com quadros de doenças auto-imunes podem desenvolver acometimento de orelha interna e cursar com perda auditiva neurosensorial súbita ou progressiva. Tendo em vista a ação autoimune e vascular desencadeada pelo LES, torna-se necessário uma avaliação precisa do quadro clínico, dos exames audiológicos e dos exames de imagem do paciente. Desta forma é possível estabelecer o melhor e mais adequado método para reabilitação auditiva.

Palavras-chave: perda auditiva neurosensorial; lúpus eritematoso sistêmico; implante coclear.

TCP780

PARALISIA DE BELL COMO COMPLICAÇÃO DE OTITE MÉDIA CRÔNICA**Autor principal:** MARIA LUIZA VERONESE BAZZO**Coautores:** LEIDIANY ALVES DE AMORIM, RAUL IVO AURELIANO NETO, RAYSSA GARRIDO DOMINGUES, VICTOR HUGO TETILLA MOREIRA, TARCÍSIO REDES XAVIER, MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO, RAYNA FERRER DE SOUZA GONÇALVES**Instituição:** Hospital Otorrino Cuiabá

Relato De Caso: Paciente feminina, 29 anos, procurou o serviço do Hospital Otorrino da cidade de Cuiabá – MT, com queixa de desvio súbito de comissura labial direita há dois dias, após quadro de otalgia há uma semana.

Na anamnese, a paciente relatou ter feito uso de medicação tópica e dipirona porém sem resposta ao tratamento primário. Quanto à história médica, a paciente não revelou qualquer alteração local ou sistêmica negando comorbidades, febre, otorreia, congestão nasal, tosse produtiva, traumatismo craniano ou de face.

Ao exame otorrinolaringológico evidenciou-se membrana timpânica perfurada com hiperemia e edema de conduto auditivo externo da orelha direita. Orelha esquerda dentro da normalidade. O quadro da paralisia de Bell foi evidenciado em virtude da impossibilidade de oclusão voluntária das pálpebras do lado direito, paralisia dos músculos orbiculares da boca, risório e bucinador, lacrimejamento e alterações da fala. Não foram observadas alterações articulares. Assim, o quadro caracterizou-se pela presença simultânea de paralisia facial de Bell, classificada em periférica, devido ao comprometimento de toda uma hemiface e complicações de otite média crônica. Diante do quadro clínico, solicitou-se Tomografia Computadorizada de Mastóide, Eletro-neuromiografia e Eletro-neurografia, além de exames laboratoriais. A Tomografia Computadorizada de Mastóide Direita mostrou achados compatíveis com otomastoidopatia inflamatória não colesteatoma e a Eletro-neuromiografia evidenciando sinais de acometimento axonal, motor moderado a pronunciado do nervo facial direito. Não houve alteração nos exames laboratoriais. Após 7 dias paciente evolui com leve melhora da mímica facial, porém apresentava ardência ocular ipsilateral. Na segunda semana paciente apresentou otorreia abundante e queixa de otalgia ocasional, sendo realizado limpeza completa do canal auditivo e remoção cuidadosa de tecidos de granulação e aplicação de corticoides e antibióticos tópicos. 4 dias após houve melhora importante do quadro de paralisia bem cômoda otorreia, apresentando apenas leve secreção em caixa média.

Discussão: Paralisia facial coincidente com infecção aguda do ouvido médio é causada pela propagação do processo inflamatório ao canal do facial, que segundo Tschiasny, pode ocorrer por delgadeza da parede externa ou deiscências desse canal, conexões anatômicas do nervo com o ouvido médio, por via dos canalículos dos nervos estapédio e corda do tímpano, pelos próprios nervos ou pela artéria timpânica posterior. Toxinas bacterianas e osteíte da mastóide podem ser fatores adicionais².

Vários autores têm demonstrado a existência de plexo vascular bem desenvolvido dos segmentos timpânico e mastóideo do nervo facial que se comunica com a mucosa do ouvido médio podendo servir de rota para a infecção se estender ao nervo facial⁵. Considera-se pouco provável que deiscências ou passagens pré formadas do canal do facial predisponham o nervo à infecção, admitindo que a mucosa do ouvido médio e a bainha neural formem uma barreira.

Na OMA tem sido dada atenção ao segmento timpânico do nervo facial onde pode ocorrer deiscência, tomando o nervo vulnerável à infecção. A incidência da Paralisia Facial de Bell como complicação de uma OMA é maior entre crianças e possui bom prognóstico.

Conclusão: A paralisia de Bell decorrente de um quadro de Otite Média Aguda é, sobretudo, na atualidade, uma entidade rara, visto que, com o advento e acesso à antibioticoterapia, as complicações da OMA tornaram-se menos recorrentes, entretanto, é mais frequente na infância, pois este grupo etário é mais susceptível a desenvolver infecções de ouvido médio, principalmente, decorrentes das IVAS. Contudo, embora seja uma entidade rara, possui bom prognóstico, pois é factível a resolução do quadro de Paralisia de Bell com o devido tratamento da OMA, que costuma envolver antibióticos, como cefalosporinas de segunda geração ou amoxicilina com clavulanato de potássio e corticóides.

Palavras-chave: paralisia de Bell; OMC; nervo facial.

TCP781

OTITE EXTERNA NECROTIZANTE COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA, DISFAGIA E DISFONIA: RELATO DE CASO**Autor principal:** MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA**Coautores:** ANDERSON TINÔ DE CARVALHO, JOAO PAULO LINS TENORIO, NAYYARA MARCIA FERREIRA CARREIRO, JÉSSICA MIRANDA LEMOS, OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR**Instituição:** Santa Casa de Misericórdia de Maceió

Apresentação do caso: JCS, 61 anos, hipertenso e diabético, chega ao ambulatório de otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia de Maceió em outubro de 2021 apresentando quadro de otalgia e otorreia à direita há cerca de 6 meses, associado à paralisia facial periférica à direita de início há 3 meses, além de queda de estado geral, adinamia, perda ponderal, disfagia, disфония e abaulamento de pavilhão auricular direito há 1 mês. Durante consulta ambulatorial: foi observada paralisia facial grau IV (classificação de House Brackmann); realizada drenagem de abscesso de pavilhão auditivo direito; solicitada videolaringoscopia, que evidenciou paralisia de prega vocal direita; e o paciente foi encaminhado para internação hospitalar.

Na admissão, foi realizada tomografia do pescoço e das mastoídes com contraste que evidenciou importante processo inflamatório envolvendo orelha externa e média direita, acometendo pavilhão auricular, apresentando alargamento do antro da mastoide com preenchimento e erosão de suas células, além de trombose de veia jugular direita. Durante internamento, foi iniciado corticoterapia endovenosa com hidrocortisona (200mg/dia), antibioticoterapia endovenosa com ceftriaxone (2g/dia) e clindamicina (2,4g/dia), anticoagulação com clexane (80mg/dia), além de realizado ressonância magnética de crânio, angiotomografia do pescoço e cintilografia óssea. Após 14 dias de tratamento clínico, o paciente evolui com piora do estado geral, sendo indicada abordagem cirúrgica. Foi então realizada mastoidectomia e drenagem de abscesso auricular à direita, com desbridamento de múltiplos focos de necrose em ponta de mastoide e antro, além de descompressão de nervo facial. Após procedimento, o esquema antibiótico foi escalonado para piperacilina + tazobactam por 10 dias, e iniciado acompanhamento com fisioterapia. No 25º dia de internamento hospitalar, paciente apresentava melhora clínica importante, sem otorreia, e melhora parcial da disfagia, sendo iniciado desmame de corticoide e transição para anticoagulação oral com rivaroxabana.

Recebeu alta hospitalar após 30 dias de internamento, com prescrição de antibioticoterapia oral com Ciprofloxacina por 90 dias, rivaroxabana, além de acompanhamento com fisioterapia e fonoaudiologia para reabilitação de mímica facial e da deglutição. Após 6 meses de pós operatório, com visitas regulares ao ambulatório, controle da diabetes mellitus, ganho ponderal, e melhora parcial da paralisia facial periférica, da deglutição e da fonação, paciente retorna com cintilografia com gálio 67 indicando ausência de processo infeccioso, e sem novas queixas.

Discussão do Caso: A otite externa necrotizante (OEN), conhecida no passado como otite externa maligna (OEM), trata-se de uma infecção do conduto auditivo externo (CAE), comum em pacientes idosos diabéticos ou com qualquer outro tipo de imunodepressão do sistema imunológico, que pode se estender até a base do crânio, e apresenta alta taxa de mortalidade. Seu principal agente etiológico é a *P. aeruginosa*, porém também pode estar relacionada a *S. aureus*, *S. epidermidis*, *C. albicans*, entre outros.

Quanto aos exames de imagem, a tomografia de osso temporal com contraste evidencia espessamento de tecidos moles e velamento de células da mastóide, além sinais de erosão nas estruturas ósseas e articulares adjacentes. A Ressonância magnética pode ser vantajosa para definir a extensão da infecção. A cintilografia com Tecnécio-99 é importante para o diagnóstico da osteíte, enquanto a cintilografia com Gálio-67 é útil para monitorizar a resposta à terapia.

Comentários finais: A maioria dos casos de otite externa necrotizante tende a apresentar melhora mediante tratamento clínico. No entanto, deve-se estar atento aos sinais de falha terapêutica que podem indicar abordagem cirúrgica. O caso relatado apresentou evolução favorável diante da terapêutica estabelecida, e faz-se necessário citar a importância do diagnóstico precoce para evitar as graves e potencialmente letais complicações da doença. Assim como, reforçar a necessidade do acompanhamento multiprofissional para melhor manejo e reabilitação do paciente.

Palavras-chave: otite externa necrotizante; paralisia facial periférica; disfagia.

TCP782

RELATO DE CASO: CURATIVO COMPRESSIVO EM CASO DE RECOLEÇÃO DE PERICONDRITE.**Autor principal:** GABRIELY LERNER BIANCHI**Coautores:** ANGELA RUBIA OLIVEIRA SILVEIRA, DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS, CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA, VICTOR RANZULLA DE SOUZA**Instituição:** UFMT/HUJM

Relato de caso: S.B.S, 15 anos, feminino, com piercing em orelha direita que evoluiu com quadro de pericondrite. Paciente já havia realizado procedimento de drenagem em outro serviço e uso de ciprofloxacino 7 dias, chega para avaliação da otorrinolaringologia já internada em uso de antibioticoterapia endovenosa (ceftriaxona) há 7 dias sem melhorado quadro, com recidiva de coleção apresentando intenso edema, eritema, dor local e drenagem de secreção purulenta. Nossa equipe decide por realizar a drenagem de abscesso de pavilhão auricular em centro cirúrgico com sedação. Dessa forma, realizamos incisão de aproximadamente dois centímetros em região de borda superior da hélice, drenagem da coleção purulenta e lavagem intensa com soro fisiológico 0,9%. Além disso, foi introduzido dreno de penrose e realizado curativo compressivo com a fixação de placa de silicone circular de aproximadamente 2x2 cm em extensão de pavilhão auricular com objetivo de impedir nova recoleção. Realizada a retirada de dreno e de curativo compressivo após 5 dias do procedimento. Paciente se manteve estável e recebeu alta com uso de ciprofloxacino D14 e prednisolona com resolução do quadro sem nova recoleção.

Discussão: A pericondrite é uma infecção do pericôndrio, com acúmulo de pus entre este e a cartilagem. Considerando que o pericôndrio é o responsável pela nutrição da cartilagem, um processo inflamatório a esse nível pode levar à necrose com deformidades importantes. Uma vez instalada, a infecção tende a espalhar-se rapidamente por todo o pavilhão, principalmente nas porções livres ou no seu terço superior. O piercing pode levar à infecção, sendo que as complicações decorrentes desse procedimento podem chegar a 34%, com formação de queloide, dermatite de contato por níquel e pseudolinfoma do lóbulo da orelha. Ruptura da membrana timpânica e atresia adquirida do canal auditivo externo são geralmente Resultados de trauma cirúrgico ou tentativas intempestivas para remover corpo estranho ou cerúmen impactados. Contratura do meato acústico externo pode seguir as queimaduras. O diagnóstico é feito baseando-se nos sintomas subjetivos, gerais e sobretudo locais. O tratamento curativo exige, além de medidas locais, atitudes sistêmicas como o uso de antibióticos. O objetivo básico é localizar e confinar a infecção na menor área possível.

Considerações Finais: As infecções podem exigir terapia antimicrobiana prolongada, além de incisão e drenagem, pois a porção cartilaginosa da orelha tem um suprimento sanguíneo deficiente. Os abscessos, quando presentes, devem ser drenados prontamente com o objetivo de reduzir o risco de lesão da cartilagem induzida por pressão.

Palavras-chave: Piercing; pericondrite; curativo compressivo.

TCP783

ANACUSIA BILATERAL POR SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA: RELATO DE CASO.

Autor principal: RAÍSSA DE OLIVEIRA E ALBUQUERQUE**Coautores:** MARCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA FILHO, VANESSA MIHO TANI, MARIANA NERI, CARLOS AUGUSTO SERVATO BORGES, VICTOR IKKY KAWAHARA, MICHELE SANDER WESTPHALEN, GUSTAVO ROSSONI CARNELLI**Instituição:** Universidade de São Paulo

Apresentação: Mulher, 58 anos, hipertensa, deu entrada no Pronto Socorro referindo perda da audição e visão. Refere que iniciou o quadro com dor e vermelhidão ocular há 3 meses, sendo diagnosticada com uveíte em serviço externo. Dois meses após, procurou o mesmo serviço por baixa acuidade visual. Após isso, refere ter evoluído com perda progressiva e completa da visão e audição no período de 20 dias, quando procurou o nosso serviço. Avaliada pela oftalmologia, identificada amaurose bilateral com ausência de reflexo pupilar, realizou ultrassonografia vítrea com descolamento de retina sendo indicada internação hospitalar.

Ao exame otorrinolaringológico, otoscopia sem alterações, a audiometria evidenciou surdez neurosensorial bilateral e potencial evocado auditivo de tronco cerebral com respostas ausentes. Ressonância magnética demonstrou achados oculares, e em orelhas internas que em correlação com história clínica, sugeriu diagnóstico de Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH). Durante a internação foi realizada pulsoterapia com metilprednisolona por 5 dias, recebendo alta com prednisona e azatioprina e encaminhada para o ambulatório de implante coclear. Submetida a cirurgia para implante coclear bilateral após 2 meses, sem intercorrências.

Um mês após a cirurgia, ocorreu a ativação dos implantes, com reação positiva, entendendo algumas perguntas e detectando os sons de Ling, porém ainda sem conseguir discriminá-los. Mantém seguimento no ambulatório de Uveíte, apresentando melhora parcial na acuidade visual, contando dedos após 5 meses do início do tratamento.

Discussão: A síndrome de Vogt Koyanagi Harada é uma doença rara, multissistêmica, inflamatória e autoimune que atinge tecidos contendo melanócitos. Conforme descrito no caso acima, afeta estruturas como úvea, ouvido interno, sistema nervoso central e pele. Apesar do predomínio do acometimento geral entre a segunda e quarta década de vida, pode iniciar em qualquer idade e apresenta maior proporção no sexo feminino.

Apresenta-se com 4 estágios clínicos: prodrômico, uveítico, crônico e de recorrência. Na fase prodrômica os pacientes podem apresentar cefaléia, febre baixa, fotofobia, fraqueza muscular e até hipersensibilidade cutânea e nos cabelos. O quadro evolui para fase uveítica com fotofobia, hiperemia conjuntival, como a paciente apresentou, associado a uveíte bilateral e até descolamento de retina. Essa também é a fase em que surgem os sintomas otorrinolaringológicos como hipoacusia neurosensorial bilateral, zumbido, tontura e nistagmo, todas resultantes da perda de melanócitos essenciais para o funcionamento do ouvido interno. Estes sintomas comumente resultam em procura por atendimento médico. Já a fase crônica tem duração de meses a anos, onde também surgem sintomas dermatológicos como vitiligo, alterações em cabelos e sobrancelhas. Podendo ainda evoluir para fase de recorrência caracterizada por complicações como catarata e glaucoma. Seu diagnóstico é principalmente clínico, sendo importante o tratamento precoce pois este influencia diretamente no prognóstico da doença.

Comentários finais: A raridade da Síndrome de VHK faz de seu diagnóstico um desafio, mas a precocidade é fundamental, uma vez que o prognóstico apresenta relação com o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento. O caso descrito no presente estudo apresentou surdez neurosensorial bilateral progressiva, além de envolvimento ocular bilateral.

O diagnóstico dos quadros clínicos de surdez, zumbido e tontura associados a alterações oftalmológicas, devem sempre considerar a síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada. A presença de alterações oftalmológicas, otorrinolaringológicas, neurológicas e dermatológicas requer uma equipe médica interdisciplinar, com a participação ativa dos especialistas em diferentes campos da medicina ou áreas afins para o manejo da terapia e da evolução clínica, a fim de se melhorar o prognóstico deste paciente.

Palavras-chave: síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada; implante coclear; doença de Harada.

TCP784

QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS COM OTITE MÉDIA APÓS INSERÇÃO DE TUBO DE VENTILAÇÃO**Autor principal:** GODOFREDO CAMPOS BORGES**Coautores:** MICHELLE LI PIN PENG, JOSE JARJURA JORGE JUNIOR, MARIA ELISA ANNICCHINO, CAMILA TONELLI BRANDÃO, MILENA MIRANDA CASSEMIRO, REGINA HELENA MONTANARI BORGES, ANDRÉ FILIPI SANTOS SAMPAIO**Instituição:** Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde - PUC- SP

A otite média é uma inflamação da orelha média caracterizada pelo acúmulo de fluido. Acomete principalmente crianças e pode ser dividida em otite média crônica com efusão e otite média aguda. A principal complicação dessa doença é a perda auditiva, a qual pode prejudicar o desenvolvimento das habilidades de comunicação, como a linguagem, resultando em dificuldade de aprendizagem e alterações de comportamento. O tratamento cirúrgico com a inserção do tubo de ventilação é o procedimento mais realizado, visto que estudos evidenciam uma melhora significativa na qualidade de vida desses pacientes.

Objetivo: O objetivo deste estudo é analisar o impacto do tubo de ventilação na qualidade de vida dos pacientes.

Métodos: O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP sob o número 44934921.9.0000.5373. Foi utilizado o questionário Otitis Media 6 (OM-6), que avalia seis domínios relacionados à otite média: sofrimento físico, perda auditiva, comprometimento da fala, sofrimento emocional, limitação da atividade e preocupação do cuidador. A população-alvo são crianças entre 6 meses e 12 anos, atendidos no Hospital Santa Lucinda, Sorocaba-SP. O questionário OM-6 foi aplicado em dois momentos: pré e pós-operatório (4 semanas).

Resultados: n=30 pacientes (16 meninos e 14 meninas), com idade média de 5,9 anos. A maioria das crianças (63,3%; n=19) apresentaram otite média com efusão e o restante (36,7%; n=11) apresentaram otite média aguda recorrente. Quanto ao questionário OM-6, no momento pré-operatório, o sofrimento físico, a perda auditiva e o sofrimento emocional foram considerados como problemas moderados (46,7%, n=14; 50%, n=15; e 46,7%, n=14). Já as alterações na fala foram consideradas um problema mínimo (43,3%; n=13). A maioria dos cuidadores afirmam se sentirem preocupados em boa parte do tempo (36,6%; n=11). Metade dos pacientes apresentou ligeira limitação das atividades (50%, n=15). Em relação ao questionário realizado no momento pós-operatório, os domínios de sofrimento físico, perda auditiva, e sofrimento emocional foram relatados como problemas mínimos (60%, n=18; 66,7%, n=20; 53,3%; n=16). Os cuidadores referiram preocupação em uma pequena parte do tempo (40%, n=12) e quase não houve limitação de atividades (36,7%, n=11). O score de mudança, evidenciou que a maioria das crianças apresentaram uma pequena melhora na qualidade de vida após a cirurgia (40%; n=12).

Discussão: Ao comparar dados do pré e pós-operatório percebe-se que domínios antes relatados como problemas moderados, como o sofrimento físico, a perda auditiva e o sofrimento emocional obtiveram uma melhora após a cirurgia, sendo classificados como problemas mínimos. Também houve uma diminuição na preocupação dos cuidadores e uma redução na limitação de atividades. A maioria dos pacientes apresentou uma pequena melhora na qualidade de vida, contudo o número limitado de pacientes e o curto período de acompanhamento podem influenciar os Resultados.

Conclusão: Avaliar a qualidade de vida das crianças com otite média após a inserção do tubo de ventilação é importante para estimar se há uma melhora significativa e duradoura na vida desses pacientes. Logo, seria interessante a possibilidade de se acompanhar os pacientes por um período maior.

Palavras-chave: otite média recorrente; otite média com efusão.

TCP785

RELATO DE CASO: PERDA AUDITIVA SÚBITA EM CRIANÇA ASSOCIADA À INFECÇÃO POR VÍRUS EPSTEIN BARR**Autor principal:** CHRISTIAN WAGNER MAURENCIO**Coautores:** MARIA FERNANDA BONOME CARDOSO, JULIANA ALVES DIAS FERNANDES, RODRIGO MASATSUNE KAGEYAMA, JOYCE RIOS BRAGA VILELA SILVA, FERNANDA FRANCO CARREGOSA, PRISCILA NOGUEIRA SOARES, JOSE ANTONIO PINTO**Instituição:** Núcleo de Otorrinolaringologia, Cabeça e Pescoço e Medicina do Sono de São Paulo

Apresentação do caso: A.B.T.S., feminino, 5 anos, proveniente do Brasil, estudante, previamente hígido e sem comorbidades ou uso de medicações contínuas. Mãe relata ter percebido que criança não está atendendo ao chamado no dia 06/07/2022. Procurou atendimento em Otolim e após suspeita de perda auditiva súbita, solicitado audiometria tonal e vocal e imitanciometria, e iniciado tratamento com corticoterapia escalonada.

No dia 12/07/2022 retornou com melhora parcial quadro clínico e com resultado de exame audiométrico apresentando perda auditiva neurossensorial de grau moderado à direita e grau profundo à esquerda; Índice Percentual de Reconhecimento de Fala (IPRF) em ouvido direito 20/20% a 105dB e em ouvido esquerdo -% a 105dB; na imitanciometria apresentou curva tipo C à direita e tipo A à esquerda. Foi solicitado testes sorológicos para Epstein Barr vírus, Citomegalovírus, Rubéola e Toxoplasmose, anti-HIV, VDRL, hemograma completo, além de novo exame audiométrico para ser realizado em 1 semana. Também foi solicitado BERA e Tomografia Computadorizada com contraste de ossos temporais para investigação.

Nova audiometria apresentando melhora parcial do quadro realizado no dia 22/07/2022 apresentando perda auditiva neurossensorial bilateral moderada; SRT em ouvido direito 50dB e ouvido esquerdo 70dB; IPRF em ouvido direito com 92% a 90dB e ouvido esquerdo 0/40% a 105dB; na imitanciometria curva tipo A bilateralmente. Exames laboratoriais realizado no dia 18/07/2022 mostraram sorologias Não Reagente para Toxoplasmose, Citomegalovírus, Rubéola, HIV, VDRL; Reagente para Epstein Barr.

Solicitado novo teste audiométrico em 1 semana.

No dia 28/07/2022 retornou em consulta com mãe referindo notar melhora importante em quadro, realizado audiometria com resultado de perda auditiva neurossensorial bilateral moderada; SRT em ouvido direito 45dB e ouvido esquerdo 60dB; IPRF em ouvido direito com 72/76% a 80dB e ouvido esquerdo 20/20% a 90dB; na imitanciometria apresentou curva tipo A bilateralmente.

Discussão: A perda auditiva súbita é definida como uma perda de 30 dB em mais de 3 frequências consecutivas, com início rápido, que varia de algumas horas a um máximo de 3 dias. A perda auditiva neurossensorial de início súbito é mais frequente no adulto, sendo rara na infância. Há relatos de que a incidência da perda auditiva na criança é de cerca de 3,5% dos adultos. Isso se deve ao fato de que crianças pequenas possuem dificuldade em expressarem perda auditiva e a avaliação audiométrica é de difícil realização nessa faixa-etária.

A etiologia viral idiopática é também relatada como a causa mais comum de perda auditiva neurossensorial súbita pediátrica.

Tarshish, et al. identificaram o vírus Epstein-Barr (EBV) e a doença de Lyme como duas doenças virais que levam a perda auditiva neurossensorial súbita na infância. Também foi descoberto que o citomegalovírus congênito (CMV), achados radiográficos de aqueduto vestibular alargado (AVA) e perda auditiva neural foram outras causas pouco frequentes.

Em relação aos exames de imagem, na população pediátrica há uma controvérsia se a ressonância magnética ou tomografia computadorizada é o mais adequado para investigação diagnóstica.

Testes audiométricos seriados também têm sido recomendados para documentar a progressão da perda.

Os pacientes pediátricos também se beneficiam de corticosteroides orais e de injeções de esteroides intratimpânico de resgate. No entanto, dado o pequeno tamanho das amostras e estudos sobre este tema, estudos maiores precisam ser realizados para mostrar as vantagens.

Comentários finais: A perda auditiva súbita na infância, associado a infecções virais como o vírus Epstein Barr, é rara. Mesmo com diversas etiologias a serem investigadas no diagnóstico, o médico deve sempre atentar-se ao início precoce do tratamento, levando em consideração as causas mais prevalentes. Quanto antes iniciar o tratamento, mais chances de melhora do prognóstico.

Palavras-chave: perda auditiva súbita; criança; epstein barr.

TCP786

GRANULOMA DE COLESTEROL DO OSSO PETROSO: RELATO DE CASO

Autor principal: IGOR ALMEIDA DOS ANJOS

Coautores: CARLOS EDUARDO CESARIO DE ABREU, RAQUEL FERREIRA MOREIRA, BÁRBARA MONTEIRO PASSOS, DAYANNE ALINE BEZERRA DE SÁ, FERNANDA HATAB DE CASTRO, CAMILA SUICA DO NASCIMENTO, TAYANNE DE OLIVEIRA SILVA

Instituição: Casa de Saúde Santa Marcelina

Apresentação do caso: Paciente S.M.F.G., 8 anos, com história de cefaleia, associada a astenia, vômitos, sonolência, inapetência e febre. Fez uso de amoxicilina e prednisolona após procurar o pronto socorro, sem melhora do quadro. Evoluiu após 02 dias com desvio do olhar conjugado e desequilíbrio. Ao exame físico, paralisia do músculo reto lateral a direita. Ressonância magnética de crânio e tomografia de mastoídes com descontinuidade do teto da mastoide esquerda e aparente herniação do parênquima encefálico pelo defeito. Aventada hipótese de meningite complicada com paralisia do abducente e mastoidopatia à esquerda. Realizada craniotomia com retalho de pericrânio sobre a descontinuidade do teto da mastoide à esquerda e timpanomastoidectomia esquerda com oclusão da mastoide com gordura abdominal. Anatomopatológico de lesão coletada durante procedimento cirúrgico com diagnóstico de granuloma de colesterol.

Discussão: O granuloma de colesterol é uma lesão benigna e frequente do ápice do osso petroso, caracterizado como cisto intraósseo com fluido e tecido de granulação em seu interior. Os pacientes comumente apresentam hipoacusia, zumbido, plenitude aural, tontura, cefaleia e parestesia como manifestações clínicas, sendo incomum a ocorrência de déficit motor. No que tange ao diagnóstico, os exames de imagem são essenciais para suspeita e o anatomopatológico para confirmação: a ressonância magnética evidencia imagem com hipersinal na mastoide e sem captação de contraste, já a tomografia define a presença de erosão e expansão óssea da mastoide, sendo importante auxílio na decisão do tratamento cirúrgico de pacientes sintomáticos. Em contrapartida, casos assintomáticos e sem alterações na arquitetura óssea podem ser tratados de forma conservadora. O paciente do caso relatado apresentava sintomatologia e exames de imagem com achados exuberantes, porém com paralisia do abducente contralateral as alterações na mastoide, corroborando com a hipótese de complicação do quadro de meningite. Após abordagem cirúrgica conjunta da neurocirurgia e otorrinolaringologia, o paciente evoluiu com melhora progressiva do quadro, apesar da paralisia do VI par craniano se manter, recebendo alta hospitalar após 10 dias do procedimento cirúrgico.

Comentários finais: O granuloma de colesterol do osso petroso tem seu reconhecimento e abordagem precoce de extrema importância, dada sua frequência de acometimento e as possíveis complicações graves associadas.

Palavras-chave: granuloma de colesterol; osso petroso.

TCP787

RELATO DE CASO: SÍNDROME DE HARTSFIELD COM REPERCUSSÃO AUDITIVA

Autor principal: YASMIN EMI ENEMU MINO**Coautores:** LUCAS PILLA MUZELL, YURI AUGUSTO NOGUEIRA SOZZI, MAYCO PURCINA DO NASCIMENTO, RAFAEL HADDAD CHECHIN, LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI, SÉRGIO GUSTAVO ROMEIRO BARCARO**Instituição:** HRAC

Apresentação do caso: Paciente de 6 anos com diagnóstico confirmado de Síndrome de Hartsfield com mutação do gene FGFR1, em seguimento em nosso serviço com história de falha na triagem auditiva neonatal. Apresenta atraso de fala e exame físico evidenciando microtia grau II à direita e grau I à esquerda, além de membrana timpânica íntegra com brilho reduzido bilateral. Entre os exames complementares, Emissões Otoacústicas Produto de Distorção de 2019 ausente à direita e não possível ser realizada devido a ruídos à esquerda. Potencial evocado auditivo de tronco encefálico “click smart” de 2021 em 90dBNA demonstrou bilateralmente a presença de onda I, III e V com latências absolutas aumentadas e interpicos I-III, III-V E I-V normais. Potencial evocado auditivo de tronco encefálico “tone burst” de 2021 em 2kHz com resultado inconclusivo e presença de onda V questionável em 50dBNA. Audiometria de 2022 evidenciou perda condutiva de grau moderado bilateral. Em junho de 2022, realizado teste com aparelho de amplificação sonora individual, com respostas consistentes com o uso do aparelho em audiometria de campo livre.

Discussão: A síndrome de Hartsfield é uma doença genética rara, com poucos casos relatados na literatura, e associada a mutação do gene FGFR1 (Receptor 1 do fator de Crescimento de Fibroblastos). Clinicamente, manifesta-se como holoprosencefalia, ectrodactilia e fissura labiopalatina bilateral. Como no caso aqui relatado, podem ser encontradas malformações de orelha externa e perda auditiva condutiva. As malformações de orelha interna e as perdas neurosensoriais não são comumente encontradas. Lembramos ainda a predisposição à otite média serosa devido à disfunção da tuba auditiva nos pacientes com a síndrome devido à fissura labiopalatina.

Cabe ressaltar que as malformações de orelha externa e as demais condições clínicas relacionadas à síndrome interferem na escolha do método de reabilitação auditiva, como as limitações ao uso de aparelho de amplificação sonora individual. Todavia, o primeiro passo é a detecção da perda auditiva, o que é um desafio tendo em vista à dificuldade de realização dos testes audiológicos na criança, como observado nos diversos exames realizados neste paciente que apresentaram Resultados inconclusivos.

No caso relatado, o paciente apresentava perda auditiva condutiva que repercutiu em atraso de fala e encontra-se em programação de reabilitação auditiva em nosso serviço.

Comentários finais: Ao falarmos de uma doença com diversas repercussões otorrinolaringológicas como a Síndrome de Hartsfield, o diagnóstico precoce da patologia e o acompanhamento próximo pelo otorrinolaringologista são essenciais.

Uma das grandes limitações à reabilitação auditiva precoce é a realização dos testes audiológicos para detecção da perda auditiva, assim como as malformações e comorbidades apresentadas. Há ainda que se ressaltar as dificuldades de seguimento clínico regular no sistema público de saúde.

TCP788

RELATO DE CASO: PACIENTE COM SÍNDROME DE HAY-WELLS ASSOCIADO A OTITE MEDIA CRÔNICA COLESTEATOMATOSA**Autor principal:** YASMIN EMI ENEMU MINO**Coautores:** LUCAS PILLA MUZZELL, YURI AUGUSTO NOGUEIRA SOZZI, SÉRGIO GUSTAVO ROMEIRO BARCARO, ANDRESSA ALENCAR SOUSA, RAFAEL HADDAD CHECHIN, LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES, LUIZ FERNANDO MANZONI LOURNEÇONE**Instituição:** HRAC

Apresentação do caso: Paciente, feminina, 24 anos, diagnosticada com Síndrome de Hay-Wells, confirmada em teste molecular para o gene P63, atendida no ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, com relato de atelectasias em membranas timpânicas em que se realizou microcirurgia otológica bilateral com colocação de Tubo de ventilação “T”. Após 1 ano, retorna com história de múltiplos episódios de otorreia, em uso de diversos esquemas antimicrobianos orais e otológicos tópicos, referindo presença de otorreia purulenta em ouvido direito. Na tomografia de ossos temporais evidenciaram-se mastoides ebúrneas associado à presença de conteúdo de partes moles. Optou-se pela realização de Timpanomastoidectomia subtotal em ouvido direito e colocação de enxerto advindo de fáscia temporal em topografia de membrana timpânica à direita, com envio do material inflamatório retirado de topografia de mastoide para análise anatomopatológica, cujo laudo revelou Colesteatoma. Apresentou boa evolução no acompanhamento pós-operatório, entretanto, após 9 anos, iniciou novo quadro de otorreia intermitente em ouvido esquerdo, sendo tratada com Ciprofloxacino otológico. Devido à ausência de melhora do quadro, decidiu-se por realização de nova tomografia, que revelou conteúdo de partes moles em mastoide em topografia de orelha média esquerda, prosseguiu com Timpanomastoidectomia e retirada de Tubo de ventilação “T”, executada aticotomia completa, remoção de tecido inflamatório em mastoide sugestivo também de Colesteatoma. Em seguida, houve cessação de otorreia purulenta no acompanhamento, após uso de antibioticoterapia.

Discussão: A síndrome de Hay-Wells, também conhecida como síndrome AEC (Ankyloblepharon, ectodermal dysplasia and cleft lip and palate syndrome), é uma desordem genética rara, descrita inicialmente, em 1976 por Hay e Wells, em sete indivíduos de quatro famílias nos quais múltiplas e complexas malformações foram vinculadas a um padrão de herança autossômica dominante de penetrância variável, embora casos esporádicos tenham sido descritos. Estudos posteriores evidenciaram que a patologia é causada por mutação no gene p63, um homólogo do supressor tumoral TP53.3 A maioria dos autores considera a presença do *anquiblefaron filiforme adenatum* (aderência entre as bordas ciliares superiores e inferiores), fenda labial e/ou palatina e achados consistentes com displasia ectodérmica, essenciais ao diagnóstico. Defeitos ectodérmicos comuns incluem alopecia, oncodistrofia, hipodontia e hipohidrose. O tratamento deve ser feito com auxílio de uma equipe multidisciplinar, incluindo cuidados primários, nutrição, genética, dermatologia, cirurgia plástica, oftalmologia, fonoaudiologia, odontopediatria, ortodontia e otorrinolaringologistas.

Conclusão: Pelo fato de a Síndrome de Hay-Wells ser uma forma de displasia ectodérmica, devemos analisar a associação de colestatoma em pacientes com otite média crônica e otorreia de longa data, refratários aos múltiplos esquemas antimicrobianos e que, apesar das dificuldades anatômicas, possa ser feita uma intervenção cirúrgica programada no melhor momento, vinculada a um bom planejamento pré-operatório, chegando, assim, à estabilização e controle da doença.

Autor principal: ANDRÉ LIMA VALENTE

Coautores: ANDRÉ LUIZ LOPES SAMPAIO, JULIANA GUSMÃO DE ARAUJO, SÁVIA MOURA TRINDADE VIANA, GABRIELA MAIA ALMEIDA BRANDÃO LINO, ANA VIRGÍNIA TORQUATO DE AQUINO, CARLA GIOVANNA SILVA BORGES, TANIS MOREIRA RODRIGUES DE MOURA

Instituição: Hospital Universitário de Brasília

Relato De Caso: Paciente masculino, 60 anos, ex-tabagista, internação prévia em UTI de Agosto/2020 a Outubro/2020, por COVID-19. Evoluiu com insuficiência respiratória sendo intubado ainda em Agosto (17/08/2020), com necessidade de internação em Terapia Intensiva sob acompanhamento nefrológico (diálise seriada) e uso de antimicrobianos (inclusive amicacina em uso prolongado e recorrente). Teve episódio único de Fibrilação Atrial de Alta Resposta (revertida com amiodarona) e após 68 dias em UTI, paciente foi acompanhado em unidade de enfermagem, já em traqueostomia e, na época, avaliação suspeita de hipoacusia por ototoxicidade, em Novembro de 2020. Após 18 meses, paciente iniciou avaliação em serviço terciário de saúde auditiva - Serviço de Implante Coclear, com queixa de baixa inteligibilidade auditiva: paciente referia conseguir entender a fala apenas com auxílio de leitura labial. Já em uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) iniciou protocolo para elegibilidade para Implante Coclear: exame de audiometria tonal e vocal com perda auditiva sensorio-neural de grau severo bilateralmente e teste de ganho de AASI com perda auditiva moderada bilateral, mas sem entender falas a 80dB. Ao exame físico otorrinolaringológico, paciente sem alterações patológicas em orelha, nariz e garganta, exceto por achados em Tomografia Computadorizada de pescoço (01/04/21): "Deformidade focal na face anterior da traqueia no sítio de traqueostomia prévia sem estreitamento luminal significativo. Calibre no nível afetado de 16 x 25 mm, calibre no segmento normal proximal de 17 x 21 mm." Foi submetido a cirurgia de Implante Coclear em Orelha Direita, em 30/05/2022, marca Cochlear Slim 422, confirmado por Telemetria. Seguimento pós operatório do primeiro mês, sem intercorrências. Ativação do Implante Coclear ocorreu em 35 dias após a operação, com relato de escutar a própria voz e voz de terceiros, mas com descrição significativa de perceber melhora do zumbido.

Discussão: A terapia de reabilitação auditiva para pacientes com perda auditiva severa a profunda, principalmente por ototoxicidade, é conduzida cada vez mais com o implante coclear. Entretanto, no contexto da infecção do novo coronavírus (Sars-Cov-2), há uma crescente demanda e interesse em entender o prognóstico e a evolução das sequelas dessa doença. Na literatura internacional, há em média uma centena de estudos (pesquisa em PUBMED) que descrevem perda auditiva em geral e a infecção por COVID-19. Desta forma, há importância em relatos e estudos, sobretudo, quanto à reabilitação auditiva destes pacientes.

Paralelamente à ototoxicidade, outros fatores conhecidos como etiologia para perda auditiva neurossensorial severa a profunda são: infecção por Citomegalovírus, Rubéola e Meningite. A infecção por COVID-19 ainda necessita de estudos para entender sua evolução a longo prazo e de comparações com outros casos de implante coclear.

O caso em questão está em acompanhamento, mas paciente já apresenta melhora em sintomas auditivos com queixa de diminuição do zumbido.

Comentários finais: A perda auditiva em pacientes com COVID-19 é muito variada, conforme descrição na literatura. No contexto de gravidade, em pacientes que foram internados em UTI, essa evolução dos sintomas auditivos é ainda menos conhecida, contudo a possibilidade do implante coclear em pacientes com perda auditiva neurossensorial severa ou profunda, pós-covid, é uma reabilitação viável e com Resultados promissores.

Palavras-chave: COVID; Implante Coclear; Surdez.

TCP790

COLESTEATOMA CONGÊNITO NO ADULTO: RELATO DE CASO

Autor principal: RAÍSSA COSTA SAID

Coautores: LEONARDO RAMALHO DE OLIVEIRA, ANDRE CAVALCANTE SARAIVA

Instituição: Fundação Hospital Adriano Jorge

Apresentação do caso: Paciente masculino, 55 anos, hipertenso, procurou serviço de referência em otorrinolaringologia em Manaus-AM com queixa de zumbido não pulsátil, subjetivo, tipo chiado, contínuo, que piorava em ambiente silencioso, associado à hipoacusia progressiva há mais de 20 anos na orelha direita (OD), sem fatores de melhora. Negava vertigem, otalgia e otorreia. Relatou ter trabalhado por mais de 20 anos em ambiente ruidoso (aviação). À otoscopia, membrana timpânica à direita encontrava-se retraída e opaca, e em orelha esquerda (OE), íntegra. Tomografia computadorizada de ouvido e mastoide realizada seis meses antes da consulta evidenciava sinais de otomastoidopatia com componente colesteatomatoso à direita. Na audiometria, OD apresentava perda auditiva mista moderada/severa e em OE, perda auditiva neurossensorial. Os reflexos estapedianos ipsilaterais da OD estavam ausentes. À imitanciometria, na OD a curva é do tipo B e OE, curva do tipo A. De tal forma, houve a indicação de aparelho auditivo de amplificação sonora individual bilateralmente (AASI) e seguimento clínico.

Discussão: O colesteatoma congênito é uma doença benigna rara, que ocorre principalmente em adultos e acometendo mais o sexo masculino (3: 1). Mais frequente em região de epítimpano anterior e possuindo comportamento agressivo. Dentre as teorias que explicam a etiologia desta doença, a de que restos embrionários da ectoderme estejam presentes na fenda auditiva é a mais utilizada. Clinicamente, caracteriza-se por ser insidiosa e, quando sintomática, cursa com hipoacusia (condutiva ou neurossensorial), otalgia, plenitude auricular e podendo apresentar na otoscopia uma lesão branca e arredondada, perolada, localizada no quadrante anterossuperior da membrana timpânica.

Comentários finais: O paciente apresentava hipoacusia e zumbido e uma otoscopia sem sinais clássicos da patologia, tendo o seu diagnóstico apenas após os exames complementares. Evoluiu com boa adaptação do AASI e atualmente em acompanhamento otorrinolaringológico regular. Sendo assim, apresenta-se um caso de uma doença rara e com poucas descrições na literatura amazônica.

Palavras-chave: colesteatoma congênito; otologia; zumbido.

TCP791

OTORRAGIA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE GLÔMUS JUGULO-TIMPÂNICO: RELATO DE CASO**Autor principal:** CAIO EDDIE DE MELO ALVES**Coautores:** ELAINE BARBARAH ALVES VALE DUARTE, ANDRE CAVALCANTE SARAIVA**Instituição:** *Fundação Hospital Adriano Jorge*

Apresentação do caso: R.T.V., sexo feminino, 60 anos, com antecedentes de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão arterial (HA), veio à consulta em serviço de referência em otorrinolaringologia na cidade de Manaus-Amazonas encaminhada com queixa de “tumor na orelha esquerda”. Relatava desde a infância quadro de hipoacusia à esquerda e zumbido rítmico, pulsátil, associado à cefaleia, plenitude auricular esporádica e tontura. Refere que em janeiro de 2022, apresentou quadro de otalgia à esquerda e otorragia em moderada quantidade à esquerda (negava trauma local), tendo procurado pronto socorro, com resolução do sangramento após terapia medicamentosa e tamponamento local. Na otoscopia da orelha esquerda na consulta, observou-se uma lesão nodular ocupando a orelha média de aspecto eritematoso e pulsátil, além de abaulamento da membrana timpânica. Foi aventado o diagnóstico de um paraganglioma, sendo confirmado após a realização de uma Tomografia com contraste e Ressonância Magnética de ouvido/mastoide que demonstrou a presença de um expansivo glomus jugulo-timpânica, comprimindo o 7º e o 8º pares cranianos. Paciente então encaminhada para tratamento cirúrgico.

Discussão: Os glomus timpânicos são lesões benignas, com poucos casos de malignização citados na literatura, de ocorrência rara, de crescimento lento direcionado para as áreas de menor resistência dentro do osso temporal. O sintoma mais frequente encontrado é o zumbido pulsátil, seguido da hipoacusia condutiva, sendo a otorragia associada um sintoma raro na literatura. O crescimento tumoral para a orelha média pode levar à destruição da cadeia ossicular, surgindo a hipoacusia condutiva, paralisia facial e protusão para o conduto auditivo externo, podendo ser visualizado à otoscopia como uma massa vermelho púrpura na orelha média. Em lesões maiores poderá surgir como pólipos no conduto auditivo externo que sangra profusamente à manipulação. A confirmação diagnóstica é realizada através de exames por imagem contrastados, sendo contraindicada a realização de biópsias.

Comentários finais: A literatura evidencia uma predominância de glomus timpânico no sexo feminino, com a clínica de um zumbido pulsátil e hipoacusia condutiva. Há poucos relatos dessa patologia na literatura amazônica, principalmente quando associado com a rara associação de otorragia, como apresentado pela paciente.

Palavras-chave: paraganglioma; otorragia; zumbido.

TCP792

RELATO DE CASO: QUERATOSE OBLITERANTE

Autor principal: YASMIN EMI ENEMU MINO**Coautores:** YURI AUGUSTO NOGUEIRA SOZZI, LUCAS PILLA MUZZELL, MAYCO PURCINA DO NASCIMENTO, RAFAEL HADDAD CHECHIN, ANDRESSA ALENCAR SOUSA, LUIZ FERNANDO MANZONI LOURNEÇONE, LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES**Instituição:** HRAC

Apresentação do caso: Paciente de 66 anos, portador de diabetes mellitus e hipertensão arterial, em acompanhamento em nosso serviço desde 2010 por perda auditiva bilateral em uso de aparelho de amplificação sonora individual. Em consulta em abril de 2021 foi observado conduto auditivo externo edemaciado e hiperemiado bilateralmente, sendo tratado com gota otológica de ciprofloxacino e hidrocortisona por 7 dias. Retornou a consulta apenas em fevereiro de 2022, mantendo edema em conduto auditivo à direita, com hiperemia e grande quantidade de tecido descamativo, ressalta-se ainda tomografia de ossos temporais de fevereiro de 2022 que evidenciou material com densidade de partes moles ocupando conduto auditivo externo à direita.

Em julho de 2022, já com 1 ano de evolução do quadro, referia estar há 4 meses sem otorreia, porém, foi removida grande quantidade de tecido descamativo em conduto auditivo externo à direita, permitindo observar abaulamento em conduto auditivo que impedia visualização completa da membrana timpânica, a qual tinha aspecto espessado. Tratado novamente com gota otológica de ciprofloxacino e hidrocortisona, retornando com 7 dias de tratamento mantendo aspecto descamativo e abaulamento de conduto, sendo optado então por curativo de conduto auditivo com gaze com pomada de hidrocortisona e ciprofloxacino. No quinto dia deste tratamento ainda mantinha aspecto descamativo do conduto auditivo externo, porém com melhor visualização da membrana timpânica, a partir de então feito curativo semanal com gaze e pomada de betametasona e ácido salicílico durante 2 semanas, quando foi iniciado gota otológica de betametasona e ácido salicílico considerando a melhora progressiva do quadro.

Discussão: A queratose obliterante é uma condição clínica crônica de etiologia desconhecida, em que a ausência de migração epitelial ou um movimento anormalmente lento do epitélio no canal auditivo externo leva ao acúmulo de queratina em um arranjo que leva à obstrução e dilatação do conduto.

Geralmente está presente na terceira ou quarta décadas de vida com sintomas que podem incluir otalgia em diferentes graus, além de perda auditiva.

Um dos diagnósticos diferenciais da queratose obliterante é o colesteatoma de conduto auditivo externo, podendo-se diferenciar ambos pela presença de epitélio sobrejacente e a ausência de destruição óssea na queratose. A tomografia computadorizada dos casos de queratose mostra a presença de conteúdo com densidade de partes moles em um conduto auditivo que em geral encontra-se dilatado, porém sem erosão óssea.

O tratamento da patologia ainda é controverso, mas é importante a remoção do material queratinoso para melhor resolução do quadro, sendo que a escolha por seguimento cirúrgico ou conservador ainda não é bem definida na literatura.

Comentários finais: O tratamento da queratose de conduto auditivo ainda é um desafio na prática clínica. Nesse relato, buscamos demonstrar o caso de um paciente acompanhado em nosso serviço que apresentou boa evolução com a limpeza do conduto e o tratamento conservador.

É importante frisar que se trata de uma doença que precisa de acompanhamento frequente e que a dificuldade de retorno do paciente ao serviço de saúde deve ser fator a ser considerado da escolha terapêutica.

TCP793

RELATO DE CASO: CARCINOMA ESPINOCELULAR DO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO COMPLICADO COM PARALISIA FACIAL**Autor principal:** YASMIN EMI ENEMU MINO**Coautores:** LUCAS PILLA MUZELL, YURI AUGUSTO NOGUEIRA SOZZI, LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES, LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI, RAFAEL HADDAD CHECHIN, SÉRGIO GUSTAVO ROMEIRO BARCARO, EDUARDO BOAVENTURA OLIVEIRA**Instituição:** HRAC

Apresentação do caso: Paciente de 64 anos, masculino, diabético insulínico dependente com má aderência ao tratamento, atendido no ambulatório de otorrinolaringologia do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, com quadro de otalgia e otorreia à esquerda há 10 anos, com piora progressiva dos sintomas há 2 anos, e paralisia de hemiface esquerda há 1 semana. À otoscopia, notou-se tecido infiltrativo ocupando todo o conduto auditivo externo esquerdo, que estava edemaciado, com otorreia fétida e sem luz aparente. Havia dor intensa à mobilização de pavilhão auditivo e tragus, e paralisia facial graduada como 5 na escala de House-Brackmann. Foi solicitada tomografia computadorizada que revelou presença de tecido de densidade de partes moles ocupando topografia de conduto auditivo externo, orelha média e mastoide, não sendo possível identificar estruturas de orelha média ou interna ou limites da mastoide. Biópsia da lesão demonstrou hiper e paraqueratose com atipias epiteliais de alto grau, sugestivas de carcinoma espinocelular invasor. O paciente foi tratado com antibioticoterapia e encaminhado para serviço de referência para terapia específica adequada.

Discussão: O carcinoma espinocelular é o subtipo mais comum de câncer que acomete o conduto auditivo externo; sendo, no entanto, os últimos muito raros - 1/1.000.000 de habitantes por ano. É mais comum em mulheres e entre a quinta e sétima décadas de vida, e dissemina-se principalmente por extensão direta. O quadro clínico geralmente gira em torno de otalgia, otorreia e história prévia de otite crônica, e a doença pode se disseminar para orelha média - o local mais comum -, pavilhão auricular, articulação temporomandibular, mastoide, canal carotídeo, fossa jugular e tegmen timpânico. Paralisia facial periférica é um dos fatores de mau prognóstico da doença, assim como linfonodomegalia regional, tumor extenso e ressecção cirúrgica incompleta. Exames de imagem como tomografia computadorizada e ressonância magnética, além do exame clínico, são utilizados para estadiamento, e o tratamento consiste em ressecção cirúrgica do tumor com radioterapia adjuvante.

Comentários finais: No que diz respeito ao carcinoma do conduto auditivo externo, a maioria dos quadros clínicos são abertos com otites recorrentes, que evoluem para otites crônicas. Este padrão, muitas vezes, se mantém por anos até que novas características clínicas surjam, fazendo o médico somente então aventar a hipótese de uma doença maligna. Ademais, sabe-se que a extensão do tumor é fator prognóstico importante. Portanto, em se tratando de quadro clínico inespecífico até o avanço da doença, após o qual observam-se complicações como a paralisia facial do paciente relatado, além de lesão infiltrativa já visível, torna-se um desafio o diagnóstico precoce da doença.

TCP794

RELATO DE CASO: OTITE MÉDIA CRÔNICA COLESTEATOMATOSA COM EROSÃO DE CANAL LATERAL E BAINHA ÓSSEA DO N**Autor principal:** YASMIN EMI ENEMU MINO**Coautores:** YURI AUGUSTO NOGUEIRA SOZZI, LUCAS PILLA MUZZELL, SÉRGIO GUSTAVO ROMEIRO BARCARO, ANDRESSA ALENCAR SOUSA, LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI, MAYCO PURCINA DO NASCIMENTO, JOSE CARLOS JORGE**Instituição:** HRAC**Apresentação do Caso**

Paciente, feminina, 75 anos, com história prévia de doença de Alzheimer, apresentando plenitude aural e otalgia à direita associada à perfuração em membrana timpânica no quadrante anteroinferior homolateral. Realizada tomografia de ossos temporais, onde se evidenciou presença de conteúdo de partes moles em orelha média e mastoide à direita, com erosão do tégmen timpânico e labirinto. Indicada Timpanomastoidectomia no ouvido acometido, executado broqueamento da mastoide dentro dos seus limites, sendo observado exposição de dura-máter, canal lateral e nervo facial visível em porção mastoidea, devido à erosão óssea. Realizado rebaixamento da parede posterior do conduto até o nível do canal lateral, também com sinais de erosão. Retirado tecido inflamatório de mastoide para análise anatomopatológica, com resultado sugestivo de Colesteatoma. Feito meatoplastia para controle de doença ambulatorialmente. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com melhora da tontura.

Discussão: A otite média crônica (OMC) é uma infecção recorrente da orelha média e/ou células da mastoide, geralmente associada à presença de perfuração da membrana timpânica. Os sintomas comumente relacionados à doença otológica crônica incluem perda auditiva, otorreia, plenitude aural, otalgia e, ocasionalmente, vertigem. Já o colesteatoma, se caracteriza como uma massa queratinizada na orelha média ou mastoide, que pode decorrer de uma lesão primária ou secundária à perfuração da membrana timpânica. As complicações do colesteatoma incluem erosão da cadeia ossicular, do canal lateral, tégmen timpânico e do canal do nervo facial, causando o surgimento de perda auditiva, tontura e paralisia facial periférica. O tratamento inclui antibioticoterapia tópica, ou até mesmo sistêmica em casos refratários, além de abordagem cirúrgica através de uma Timpanomastoidectomia, para remover o tecido infectado no ouvido médio ou na mastoide e como também para reparar danos no ouvido que resultam em perda auditiva ou outras complicações.

Conclusão: Paciente com quadro sugestivo de otite média crônica colesteatomatosa e presença de erosões, devem ser candidatos para realização Timpanomastoidectomia aberta para retirada de tecido inflamatório e, assim, evitar surgimento de complicações severas, como a paralisia facial periférica, meningites, tonturas refratárias e progressão da perda auditiva, além de melhor controle da doença ambulatorialmente.

TCP795

FISTULA LIQUORICA POS TRAUMÁTICA COM COMPLICAÇÃO POR MENINGITE: RELATO DE CASO**Autor principal:** JAMILE GARDIN DOS SANTOS**Coautores:** NEILOR FANCKIN BUENO MENDES, ISABELLA GIL, ENZO MARTINS DE MARCH, LUCAS KENJI SAKAI, ALICE BOLLMANN DA COSTA MOREIRA, FABIO FERNANDES LABANCA, LAIS GENERO PIZZATTO**Instituição:** Hospital Angelina Caron

Relato De Caso: Paciente M. F., 49 anos foi trazido ao Hospital Angelina Caron pelo SAMU devido quadro de rebaixamento do nível de consciência, hemiplegia à direita e desvio da rima labial para a direita. Segundo familiar, o paciente tem histórico de acidente de motocicleta há um ano com necessidade de internamento por 20 dias. Além de zumbido tipo chiado em ouvido esquerdo. Exame otorrinolaringológico apresentando otoscopia em ouvido esquerdo com membrana timpânica íntegra e efusão, ouvido direito com membrana timpânica íntegra e translúcida. Rinoscopia e oroscopia sem alterações. Paciente necessitou de intubação oro traqueal e foi diagnosticado com meningite bacteriana. Realizou ressonância e tomografia de ouvidos que evidenciaram velamento e presença de fratura transversal em mastoide à esquerda, com deiscência de tegmen, presença de material com densidade de partes moles em caixa timpânica à esquerda e possível fístula líquórica. Paciente encontra-se em acompanhamento multidisciplinar, em unidade de cuidado intensivo, realizando antibioticoterapia para possível abordagem cirúrgica após resolução do quadro de meningite.

Discussão: O líquor e as meninges são estruturas protetoras do sistema nervoso central (SNC). O primeiro funciona como um amortecedor, defendendo mecanicamente o SNC dos traumas externos. Sabemos que a dura-máter e a aracnoide estão aderidas aos ossos da base do crânio. Dessa forma pequenas fraturas da base do crânio estão associadas à liquorréia. Qualquer afastamento ósseo pode romper a paquimeninge e a aracnoide, abrindo o espaço subaracnóideo para o exterior. Surge assim o vazamento de líquido cefalorraquiano pelo nariz ou ouvido, como consequência do ferimento aberto através do seio frontal, lâmina crivosa, células etmoidais, sela túrcica ou sistema pneumático do osso temporal. O líquido cefalorraquiano pode ir para o ouvido médio devido traumatismos com incidência de aproximadamente 2%, anomalias congênitas, tumores invasivos, infecções e causas iatrogênicas, entretanto são eventos raros dentro da literatura mundial. Essas fístulas líquóricas permitem a entrada de germes para o endocrânio podendo ocasionar quadros de meningites. A presença de otorréia ou rinorréia líquórica, disacusias neurosensoriais ou mixtas e meningites repetitivas podem instigar o diagnóstico. Contudo as imagens radiológicas trazem a informação objetiva da patologia e seu trajeto fistuloso. Por fim, o tratamento consiste no fechamento da fístula, através de cirurgia.

Conclusão: O estudo das fístulas líquóricas, envolvendo anormalidades otorrinolaringológicas, deve se basear na procura da causa fundamental que leva às meningites recidivantes. Sejam elas pós-traumáticas, pós-operatórias ou congênitas a fim de realizar o tratamento correto e evitar os quadros de meningites bacterianas de repetição e suas consequências.

Palavras-chave: fístula líquórica; fístula líquórica pós-traumática; líquor.

TCP796

EVOLUÇÃO CLÍNICA DE OTITE MÉDIA TUBERCULOSA: UM RELATO DE CASO.**Autor principal:** YASMIN EMI ENEMU MINO**Coautores:** LUIZ FERNANDO MANZONI LOURENÇONE, ANDRESSA ALENCAR SOUSA, CAROLINA DA COSTA SILVA PORTO**Instituição:** HRAC

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 26 anos, com queixa de otorreia contínua e diária, bilateral, há aproximadamente 01 ano. Ao exame físico otoscópico apresentava tecido de aspecto polipoide, hiperplásico, impedindo visualização de membrana timpânica. Em primeira consulta, apresentava tomografia de ossos temporais com mastoídes hipodesenvolvidas e hipopneumatizadas com conteúdo de densidade de partes moles ocupando sua totalidade bilateralmente, erosão do esporão de Chausset e alargamento do espaço de Prussak, além de erosão de cadeia ossicular. Dessa forma, foi solicitado exames para investigação de doenças granulomatosas da orelha média, além de biópsia incisional dos pólipos em conduto, com resultado de pesquisa de BAAR positiva. Também foi realizada investigação de tuberculose pulmonar, sendo excluída tal hipótese. Após diagnóstico, foi iniciado tratamento clínico com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol por 2 meses e complementado com 4 meses de rifampicina e isoniazida, com retornos ambulatoriais periódicos. Após 30 dias de tratamento clínico, paciente já referia melhora das queixas de otorreia e hipoacusia, todavia, mantinha episódios intermitentes de otorreia, além de manter alterações otoscópicas supracitadas. Sendo assim, indicado o tratamento cirúrgico. Logo, foi realizado timpanomastoidectomia inicialmente esquerda, sendo optada por cavidade aberta clássica. Durante intraoperatório, foi visualizado tecido lamelar descamativo em orelha média e mastoide, sendo encaminhado para análise anatomopatológica, que evidenciou processo inflamatório crônico inespecífico com cristais de colesterol e áreas compatíveis com colesteatoma associado. Após 7 meses, foi submetida a mastoidectomia aberta clássica a direita, cuja análise histopatológica também evidenciou tecido lamelar compatível com colesteatoma. Paciente mantém acompanhamento neste serviço, com resolução do quadro supurativo bilateral, cujas otoscopias evidenciam cavidades mastoideas estáveis e epitelizadas.

Discussão: O bacilo *Mycobacterium tuberculosis* pode afetar orelha média e osso temporal de forma primária ou secundária, sendo a última considerada a mais comum. Quando primária, o sítio inicial é a orelha média, podendo disseminar-se para outras estruturas vizinhas por contiguidade. Na forma secundária, considerada 90% dos casos, costuma apresentar inicialmente como tuberculose pulmonar, estendendo-se a orelha média e osso temporal por disseminação hematogênica.

A progressão da doença pode iniciar-se como foco único ou múltiplo, a depender da via de disseminação. O tubérculo mucoso promovido pelo bacilo pode desenvolver-se produzindo necrose e ulceração, culminando na formação de exsudato caseoso que invade os espaços aéreos.

Com extensão do processo inflamatório, pode levar a necrose e erosão da cadeia ossicular, cápsula ótica e células mastoídes, evoluindo com perda auditiva neurosensorial moderada a severa.

O diagnóstico inicia-se pela suspeita clínica, todavia, há necessidade de exames complementares para elucidação do quadro, sendo a análise histopatológica com pesquisa do bacilo, o exame padrão ouro para confirmação.

O tratamento cirúrgico está indicado de forma associada na falha do tratamento clínico ou complicações, como abscesso subperiosteal, paralisia facial, labirintite ou envolvimento do sistema nervoso central. A mastoidectomia também é realizada quando há associação com colesteatoma.

Conclusão: O presente relato de caso evidencia a importância do diagnóstico diferencial com doenças granulomatosas da orelha média, especialmente nas apresentações bilaterais e quando há refratariedade no tratamento de otite média crônica. Importante citar que a Tuberculose ainda apresenta alta prevalência e de confirmação diagnóstica desafiadora. Quando tratada corretamente, seguindo protocolos de manejo clínico e cirúrgico, reduz os riscos de sequelas e melhora a qualidade de vida dos pacientes acometidos.

TCP797

RELATO DE CASO - EXTRUSÃO DE PRÓTESE DE TEFLON DO ESTRIBO

Autor principal: LILAYNE KARLA DE SOUZA ARAUJO**Coautores:** RAVI RODRIGUES DE LIMA, ANDRÉ FILIPI SANTOS SAMPAIO, CAMILA TONELLI BRANDÃO, EMANUELA YUMI FUGISAWA DE MELLO, REBECCA GALLARDO FRANCO DE ANDRADE, JOSE JARIJURA JORGE JUNIOR**Instituição:** Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Apresentação do caso: S.L.S., feminina, 43 anos com queixa de hipoacusia de evolução progressiva, que se iniciou aos 28 anos. Paciente relatava deterioração da acuidade auditiva bilateralmente, porém referia que era pior à esquerda. A otoscopia não apresentava alterações, sem queixa de tinnitus, sem alterações aparentes na tomografia. Apresentava em audiometria intervalo aéreo-ósseo (perda condutiva). Foi diagnosticada como portadora de otosclerose bilateral sendo submetida a tratamento cirúrgico (estapedotomia) em agosto/2019, quando foi inserida prótese de teflon em orelha esquerda por via endoscópica. O procedimento se sucedeu sem intercorrências. Paciente apresentou bom resultado com fechamento completo do intervalo aéreo-ósseo e cicatrização adequada da membrana timpânica. Transcorrido um ano e meio da cirurgia a paciente retornou ao consultório relatando que a prótese havia sido expulsa, o que de fato ocorreu, pois a paciente trouxe consigo a prótese. Foi realizada revisão cirúrgica em junho/2022 sendo constatado que a membrana timpânica estava totalmente íntegra e a bigorna apresentava necrose em seu ramo longo. Foi optado por não colocar nova prótese.

Discussão: Uma das causas mais frequentes de perda auditiva adquirida é a otosclerose, que normalmente afeta o estribo resultando em alteração na base desse ossículo, que prejudica a transmissão da onda sonora. Para melhorar a perda auditiva condutiva resultante da otosclerose é necessário realizar a cirurgia do estribo. A estapedotomia primária é uma cirurgia com elevada taxa de sucesso, caracterizada como fechamento do intervalo aéreo-ósseo próximo a 10 dB. Entretanto, algumas vezes, essa intervenção cirúrgica primária não é bem sucedida, e a perda auditiva condutiva pode persistir ou reincidir após o procedimento. O índice de sucesso da cirurgia revisional do estribo é menor quando comparado com a estapedotomia primária. Em uma operação endoaural a mobilidade dos ossículos da orelha média ou de uma prótese colocada anteriormente é averiguada através de palpação delicada. Se a prótese previamente inserida sofrer deslocamento, em grande ou pequena intensidade, ou perder sua mobilidade, pode ser substituída por uma nova prótese. O tipo de prótese e o seu material pode ser definido a partir das situações encontradas: quando não existe má formação na bigorna ou no martelo e o espaço entre a bigorna e a fenestração da base do estribo deve ser preenchida; quando a bigorna é curta ou erosiva; quando a bigorna é ausente. As próteses padrão de estribo apresentam um comportamento dinâmico de acordo com a sua estrutura, esse modo de funcionamento vai gerar o movimento da porção superior da prótese pela extensão do ramo longo da bigorna. Nesse cenário a prótese padrão pode gerar formação de sulcos e necrose na região supracitada da bigorna. Para que a prótese da bigorna fique estável é necessária uma inserção bem sucedida durante o procedimento, que depende da anatomia dos ossículos da orelha média. Entretanto, mesmo que a prótese seja bem inserida pode ocorrer necrose e instabilidade da prótese devido a esse processo necrótico.

Comentários finais: A estapedotomia tem se demonstrado um tratamento eficaz para a perda auditiva condutiva secundária à otosclerose. Entretanto, é necessário considerar a manutenção da estabilidade da prótese. O deslocamento da prótese pode acontecer em consequência da necrose do ramo longo da bigorna. Não foi encontrado relato de extrusão desse tipo de prótese (Teflon) após revisão da literatura, porém existe a possibilidade de que o deslocamento da prótese possa evoluir com sua expulsão de acordo com esse relato de caso, que provavelmente possa ser o primeiro, ainda mais pelo achado de membrana timpânica íntegra.

Palavras-chave: otosclerose; estribo; prótese.

TCP798

OTOMASTOIDITE AGUDA COMO RECAÍDA DE LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA. RELATO DE CASO**Autor principal:** YASMIM ANÍSIO GONÇALVES**Coautores:** ANA LÚCIA CHUNG CARAVANTE, LUCAS DINIZ COSTA, MARIANE STAGI ALMADA, KARINA MEZALIRA, ANA PAULA BRANDAO SILVA, FERNANDA BUTURA BROETTO, LUCINDA SIMOCELI**Instituição:** Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo

Apresentação: A.E.S.P, 50 anos, feminino, com histórico progressivo de Leucemia Promielocítica aguda diagnosticada em novembro de 2019, término de tratamento em novembro de 2021, com remissão da doença. Apresentou quadro de otalgia e hipoacusia bilateral em dezembro/2021, com irradiação para região cervical, acompanhado de zumbido e cefaleia. Na oportunidade negava otorreia, febre, tontura ou vertigem. Evoluiu com piora nos 2 meses subsequentes, com paralisia facial periférica bilateral House-Brackmann III, sendo aventada a possibilidade de Paralisia de Bell bilateral. Na oportunidade fez uso de diversos esquemas antibióticos e antivirais, sem melhora clínica. Em maio/2022, realizada timpanocentese para colocação de tubo de ventilação bilateral em serviço externo e punção líquórica que evidenciou doença oncológica com acometimento neurológico. Veio encaminhada para o hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo – BP em maio/2022 para prosseguimento de investigação otológica e hematológica. Na admissão, foram realizados exames de imagem (Tomografia Computadorizada de Ossos Temporais e Ressonância Magnética de mastoide) apresentando achados compatíveis com otomastoidite bilateral, com alterações compatíveis com coalescência e deiscência do tégmen timpânico e presença de secreção nos meatos acústicos externos, em maior quantidade à esquerda. Foi realizada timpanomastoidectomia à esquerda em 27/05/2022, onde foi visualizado em intraoperatório conteúdo aderente e violáceo em conduto auditivo externo, também preenchendo as células da mastóide. Os fragmentos de parede de posterior de conduto auditivo externo e conteúdo de mastóide foram encaminhados para anatomopatológico sendo evidenciada infiltração por leucemia promielocítica aguda.

Discussão: As leucemias são mutações de única ou múltiplas célula-tronco, ocasionando uma proliferação desenfreada da célula tronco afetada. A leucemia promielocítica aguda é caracterizada fenotipicamente pelo acúmulo de promieloblastos na medula óssea ou sangue periférico. O avanço do tratamento dessa patologia diminuiu consideravelmente a morbi-mortalidade devido ao uso de ácido transretinóico (ATRA) e o trióxido de arsênio (ATO), agindo diretamente na lesão molecular. A recaída extramedular ocorre raramente, sendo os locais predominantemente acometidos: sistema nervoso central, pele e linfonodos. São raros os relatos de envolvimento de ouvidos. O mecanismo extramedular associado ainda não foi claramente elucidado.

Comentário final: Após timpanomastoidectomia, paciente realizou mudança de esquema quimioterápico, tendo melhora parcial dos sintomas otorrinolaringológicos. Porém, evoluiu com piora clínica e óbito em 25/07/2022. O acometimento otológico como recaída de leucemia promielocítica aguda é raro e com desfecho desfavorável apesar do tratamento de primeira escolha. Na revisão de literatura, há poucos casos documentados. Devido aos escassos casos, não é possível avaliar se o acometimento otológico está relacionado com prognóstico da doença.

Palavras-chave: leucemia promielocítica aguda; otomastoidite; recaída.

TCP799

PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA NA OTITE EXTERNA MALIGNA: RELATO DE CASO

Autor principal: BETHINA SILVA BARRETO

Coautores: CARMEN ZAMPIROLE BRANDÃO, PAULA MOREIRA NAVARRO ROCHA, LUCAS MENDES SOARES, THIAGO DE SOUZA SANTOS, RAQUEL ALMEIDA DE CAMPOS, MARINA GABRIELA DE OLIVEIRA E SILVA, PEDRO RICARDO BARREIRA MILET CALDAS PEREIRA

Instituição: Hospital Federal dos Servidores do Estado

Apresentação do caso: L.P.S, 88 anos, diabético e hipertenso encaminhando ao serviço do Hospital Federal dos Servidores do Estado apresentando quadro de otorreia e otalgia de forte intensidade, refratário a antibioticoterapia oral com ciprofloxacina há 8 semanas, evoluindo com paralisia facial periférica grau 4 da escala de House-Brackmann em hemiface esquerda. Otoscopia de orelha esquerda evidenciava conduto auditivo externo edemaciado, com otorreia purulenta e presença de granuloma. Os exames laboratoriais de admissão demonstravam: leucócitos 6400 com 3% de bastões, PCR 29,9, VHS 80, glicemia 133, hemoglobina glicada 5,8. Cintilografia óssea contrastada com Tecnécio revelava captação em células da mastoide esquerda. Tomografia de osso temporal contrastada mostrou lesão hiperdensa obliterando o meato acústico externo, erosão de suas paredes e mastoidopatia inflamatória. Paciente já encaminhado para o serviço com resultado de cultura da secreção da orelha esquerda com *Pseudomonas aeruginosa* resistente a ciprofloxacino. Realizada antibioticoterapia venosa com regime de internação hospitalar com ceftazidima 2g de 8 em 8 horas, além de otocirax de 12 em 12 horas por 7 dias. Após 45 dias de antibioticoterapia e controle da glicemia houve resolução completa da sintomatologia, inclusive da paralisia facial periférica, sendo possível a alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial. Exames laboratoriais da alta demonstravam: leucócitos de 8100 com 2% de bastões, VHS 22, PCR 1,2, hemoglobina glicada 5,6.

Discussão: Otite externa necrotizante ou otite externa maligna é a infecção invasiva do canal auditivo externo que acomete tipicamente pacientes idosos e diabéticos, comumente ocasionada pela *Pseudomonas aeruginosa*. Outros patógenos podem ser eventualmente identificados como o *Aspergillus fumigatus*, *Proteus mirabilis*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella sp.* O diagnóstico é determinado pelo conjunto de achados clínicos, laboratoriais e radiológicos cujos Resultados proporcionaram o diagnóstico do paciente do caso. A progressão do processo inflamatório pode levar ao acometimento de pares cranianos, o mais comumente acometido é o nervo facial. A incidência de paralisia facial periférica é maior nas crianças devido a localização mais medial do nervo às fissuras de Satorini, sendo pouco observada na população adulta. A melhora completa da sintomatologia, da otoscopia e, posteriormente, da paralisia facial periférica, associada a normalização dos exames laboratoriais foram usados como critérios para a alta hospitalar uma vez que não foi possível a realização de cintilografia óssea com gálio devido a escassez do contraste no estado do Rio de Janeiro.

Considerações Finais: Na investigação de otalgia, principalmente em idosos diabéticos, a otite externa necrotizante é uma afecção que deve ter alta suspeição clínica. A instituição precoce da terapia antibiótica e o controle rigoroso da glicemia são fundamentais para o prognóstico da doença. A realização de descompressão cirúrgica do nervo facial deve ser sempre considerada, no entanto, é possível a resolução somente com intervenção clínica. A melhor forma para confirmação da resolução do quadro infeccioso é o acompanhamento com a cintilografia com gálio-67, no entanto, em condições adversas como a impossibilidade de realização do exame deve-se avaliar os parâmetros clínicos e laboratoriais para determinação da finalização do tratamento.

Palavras-chave: otite externa maligna; paralisia facial periférica; otite externa.

TCP7100

OTOMASTOIDITE AGUDA COMPLICADA COM TROMBOSE DE SEIOS VENOSOS E VEIA CAVA SUPERIOR: RELATO DE CASO**Autor principal:** PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA**Coautores:** MARINA MENDONÇA DE MIRANDA, HENRIQUE DE PAULA BEDAQUE, LUCAS MARINHO VASCONCELOS, KELVIN LEITE MOURA, DAMÁCIO SOARES PAIVA, WENDELL DE PAIVA LEITE, MARIA LUÍSA NOBRE MEDEIROS E SILVA GUIMARÃES**Instituição:** Hospital Universitário Onofre Lopes

Apresentação do caso: C.E.V.M. 9 anos, sexo masculino, com histórico de otalgias de repetição desde os 4 anos de idade, apresentando última crise álgica em orelhas direita acompanhada de eritema ocular ipsilateral, cervicgia e astenia, sendo diagnosticado com mastoidite aguda a direita, realizado antibioticoterapia endovenosa em hospital de origem, evoluindo com melhora clínica parcial, conduzido posteriormente com tratamento ambulatorial. Após término do tratamento oral, o paciente evoluiu com edema retroauricular, abaulamento de membrana timpânica a direita, cervicgia de forte intensidade com limitação do movimento de lateralização da cabeça, porém sem alterações neurológicas. Admitido em hospital terciário, onde foi realizado tomografia da ossos temporais sendo evidenciado preenchimento da mastoide e da orelha média além de área de descontinuidade óssea da mastoide em comunicação com a fossa posterior, laboratorialmente apresentava leucocitose e níveis elevados de proteína C Reativa. Realizada drenagem de abscesso retroauricular em caráter de urgência, no qual apresentou copiosa eliminação de secreção purulenta de forma espontânea, seguido extensa drenagem, lavagem da região e uso de dreno de Cook por 2 dias. Após 48 horas do procedimento, a criança evoluiu com melhora clínica e laboratorial significativa, redução da leucocitose de 20.670 mm³ para 12.330 mm³ e proteína C reativa de 294,44 mg/L para 105,73 mg/L, chegando a patamares de normalidade nos dias subseqüentes, além da regressão do edema e algia. Cultura de secreção intraoperatória evidenciou crescimento de *Streptococcus viridans* sensível a vacomicina e cefepime, guiando esquema terapêutico. Entretanto, apesar da melhora geral do paciente a tomografia de controle pós cirúrgico evidenciou trombose de seio transversal, sigmoide e porção proximal da veia cava superior direita, sendo necessário anticoagulação, para evitar consequências como hipertensão intracraniana

Discussão: A mastoidite aguda é a complicação supurativa mais comum da otite média aguda (OMA), fatores que podem influenciar a probabilidade de uma criança desenvolver mastoidite aguda incluem a frequência de OMA, patógenos causadores e seu manejo inicial. Estima-se que a taxa de complicações da mastoidite aguda seja entre 15 a 30%, sendo as complicações intracranianas a maioria. Em uma revisão sistemática de 42 estudos incluindo mais de 2.000 crianças com mastoidite aguda, as complicações intracranianas ocorreram em média em 17%. Dentre as complicações intracranianas temos a trombose de seios venosos, uma condição pouco frequente de difícil diagnóstico e tratamento que se caracteriza pela obstrução das veias cerebrais gerando turgência venosa, edema cerebral localizado levando a lesões neuronais isquêmicas, petéquias hemorrágicas quais podem resultar em extensos hematomas. Usualmente a trombose de seios venosos está associada a estados de hipercoagulabilidade que pode decorrer de diversos fatores dentre eles desidratação grave, meningite, traumatismo cranioencefálico, lesão direta dos seios ou veia jugular, procedimentos neurocirúrgicos, condições pro trombóticas hereditárias ou não, entre várias outras circunstâncias. O tratamento da trombose de seio venoso visa a recanalizar o seio trombosado, através de terapia anticoagulante ou trombolítica via sistêmica ou local, a fim de evitar suas drásticas consequências.

Comentários finais: Através desse trabalho ressalta-se a importância da minuciosa avaliação clínico-cirúrgica nos casos mastoidites agudas na perspectiva de uma abordagem adequada, para evitar desfechos que podem trazer consequências devastadoras ao paciente ou até mesmo letais.

Palavras-chave: mastoidite aguda; otite média aguda; drenagem de abscesso.

TCP7101

EVALUATION OF SURGICAL RESULTS OF BAHA ATTRACT SYSTEM IMPLANTATIONS COMPARING DIFFERENT INCISIONS

Autor principal: MAURICIO SCHREINER MIURA

Coautores: PATRÍCIA BARCELOS OGANDO, MARINA PAESE PASQUALINI, HEMILY IZABEL ALVES NEVES, JOSE FAIBES LUBIANCA NETO

Instituição: Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Objetivo: The aim of the study is to compare the operative time and postoperative complications outcomes using two different techniques: the C-shaped incision technique and the Linear incision technique for BAHA® Attract system implantation in adults and children.

Métodos: A retrospective chart review was performed of a consecutive series of BAHA® Attract implantations performed at a tertiary hospital over a four year period (2015-2019), with a minimum follow up of 6 months. Demographics characteristics, surgical technique, operative time, skin reaction rate, using TISA scale, and subsequent procedures were included in the analysis. Collected data was analysed using SPSS Statistics V22.0. Demographics were analyzed using the Fischer's exact test. Operative time and technique were compared using a t-test. Pearson's correlation was used for operative time and age in overall and subgroup analysis. In the secondary analysis, we compare the results in terms of operative time, postoperative complications between children (≤ 18 years) and adults, using the same statistical tests.

Resultado: Forty surgeries were performed in 38 patients (15 females and 23 males) over the period studied. There were no statistical differences in the demographic characteristic between the groups. Operative time was significant lower in linear technique compared to C shaped technique (76,55 minutes SD 16,75 X 93,17 minutes SD 19,82 $p=0,007$). (Figure 1). There was no difference in postoperative complications between two techniques and no surgical re-interventions were required in both group

Discussão: Bone-anchored hearing aid (BAHA) is a well-established solution for the treatment of specific hearing impaired patients and have been successfully implanted for many years in pediatrics and adults with conductive/mixed hearing loss and single sided sensorineural deafness (SSD). Transcutaneous BAHA has some advantages over Percutaneous implants, meanly less skin reactions and better cosmetic outcome because there is no metallic abutment through the scalp.

The manufacturers currently recommend a longer C-shaped incision to insert the implant (Figure 2). Reddy-Kolanu G ET AL described the implantation of BAHA® Attract system through a linear incision, the authors advocate that this technique improved cosmetic effects, due to avoidance of the abnormal hair growth that occurs along the line of the semicircular incision, easier skin thinning and shorter operative time.

This is the first report comparing the typical C-shape incision and the linear incision. Our results demonstrated that linear technique is faster and not related to further complications compared to C-shaped technique. General anesthesia is preferred for pediatric patients and time of surgery is essential in this population. We found a reduced operative time for linear incision in pediatric population compared to c-shaped incision.

Limitations of this study include its retrospective nature, variations in procedure and documentation over the years, specially surgical time, lack of a standardized soft-tissue assessment scale, and the small sample size. A randomized clinical trial comparing the two techniques could help to eliminate these problems in the future.

Conclusão: The use of Linear incision for BAHA® Attract system implantation is associated with reduced time of surgery compared to C-shaped technique with no increase in postoperative complications. This technique can also be performed in pediatric patients.

Palavras-chave: otology; bone-anchored hearing aid; baha attract.

TCP7102 AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE FALA E ACHADOS INTRAOPERATÓRIOS EM USUÁRIOS DE IMPLANTE COCLEAR MED-EL

Autor principal: GUILHERME ADAM FRAGA

Coautores: JULIA SPERANZA ZABEU, LEONARDO RESENDE DE SOUSA, IGOR SOUZA PESSOA DA COSTA, CAROLINA DA COSTA SILVA PORTO, LUIZ FERNANDO MANZONI LOURNEÇONE

Instituição: HRAC-USP

Objetivo: Descrever e analisar a percepção de fala dos usuários de implante coclear eletrodo compressed Med-El®, através da análise retrospectiva de prontuários de pacientes submetidos à cirurgia para implante coclear, no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP (HRAC).

Métodos: Trata-se de uma análise retrospectiva e descritiva de prontuários de todos os pacientes submetidos à cirurgia para implante coclear com eletrodo tipo compressed da Med-El®, no Setor de Implante Coclear do HRAC/USP). Foram coletados e analisados os seguintes dados: idade, sexo, presença de síndrome/anomalia associada, indicação clínica, idade na implantação, quantidade de eletrodos inseridos, testes de percepção de fala pré-cirúrgico e 3, 6, 12, e 24 meses pós-implante coclear.

Resultados: Foram analisados 70 pacientes usuários de Implante Coclear MED-EL, dispositivo interno Sonata Ti 100, eletrodo Compressed, que realizaram a cirurgia entre 2009 e 2020 no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC-USP). Desses, foram excluídos 24 pacientes. Entre os 46 pacientes elegíveis para o estudo, foram analisadas 54 orelhas implantadas uni ou bilateralmente. A principal etiologia da indicação do implante coclear foi surdez pós meningite (65%). A cirurgia foi realizada em 27 orelhas (50%) de pacientes com idade entre 1 e 4 anos, em oito (15%) com idade entre 5 e 7 anos, em três (5%) com idade entre 8 e 12 anos e em dezesseis (30%) orelhas de pacientes acima de 12 anos. Observou-se ossificação coclear intraoperatória, na abertura da janela redonda ou cocleostomia, em 25 orelhas (46%). Apesar da alta frequência de ossificação, a inserção dos eletrodos foi parcial em 11 orelhas (20%) e total em 43 orelhas (80%). Das 54 orelhas estudadas, 35 tiveram como etiologia meningite. Nesses pacientes, a média de idade foi de 1,8 anos (desvio padrão de 2,06). Constatou-se ossificação coclear em 18 orelhas (51%), sendo que 7 tiveram inserção parcial dos eletrodos, e 11, total. Nesse grupo de pacientes, houve melhora das categorias de audição e linguagem com o tempo de uso do implante. A categoria de audição 1 foi de 62% no pré-operatório para 14% em um ano e 0% em dois anos de uso, ao mesmo tempo em que a categoria de audição 6 foi de 7% no pré-operatório para 23% com dois anos de uso. Já em relação à linguagem, a categoria 1 foi de 70% no pré-operatório para 15% com um e dois anos de uso.

Discussão: O número de eletrodos ativos é uma variável significativa no desempenho pós-implante, especialmente com relação às capacidades de linguagem e fala. (HILLY et al., 2016). Estudos que avaliaram o desempenho de usuários de implantes cocleares com inserção parcial de eletrodos apresentaram Resultados contraditórios. KEMINK et al. (1992) e KIRK et. al. (1997) não encontraram diferença significativa quando comparados os testes de percepção de fala na inserção parcial ou total dos eletrodos. CHU et al. (2005), demonstraram que indivíduos usando eletrodos curtos têm performance nos testes de percepção de fala similares aqueles usando eletrodos standard. ANDERSON et al. (2005) avaliou 18 crianças usuárias de eletrodo compressed com melhora nos testes de percepção de fala, com aquisição próxima aos eletrodos standard no final de 1 ano de acompanhamento. BAUER e ROLAND (2004) mostraram que o número de eletrodos inseridos e ativos nas cócleas ossificadas não tem diferença significativa entre os usuários de standard versus compressed, também não apresentaram diferença nos testes subjetivos de avaliação do benefício do implante coclear (IT-MAIS/MAIS). Em contrapartida, nos testes de percepção de fala, os Resultados foram significativamente menores no grupo compressed.

Conclusão: A principal etiologia da indicação do implante coclear foi surdez pós meningite, e apesar da alta frequência de ossificação, a inserção dos eletrodos foi total na maioria das orelhas. Observou-se melhora dos testes de percepção de fala e categorias de audição no acompanhamento de dois anos dos pacientes.

Palavras-chave: implante coclear; cirurgia; percepção de fala.

TCP7103 RABDOMIOSSARCOMA EMBRIONÁRIO EXTENSO DE ORELHA MÉDIA: UM RELATO DE CASO.**Autor principal:** MARIAH GIMENIS**Coautores:** ALOMA JACOBI DALLA LANA, AMANDA TITZE HESSEL, EDUARDO BIAGINI PORTO, ÉLISSON KRUG OLIVEIRA, FABRICIO SCAPINI, MARIANA ZAGO DE MORAES, REINALDO FERNANDO CÔSER NETO**Instituição:** Universidade Federal de Santa Maria

Apresentação do caso: Paciente masculino, 3 anos, previamente hígido, iniciou com otalgia progressiva à esquerda com duração de um mês, sem melhora com múltiplos antibióticos. Realizou Tomografia Computadorizada em dezembro de 2021, com evidência de otomastoidite coalescente, petrosite apical e comprometimento epidural na fossa temporal esquerda. Evoluiu no segundo mês com otorreia, otorragia, massa tumoral exteriorizada no conduto auditivo esquerdo e paralisia facial periférica, acompanhados de piora importante da otalgia. Nesse momento, foi realizada RM de Ossos Temporais que evidenciou formação tecidual com hipersinal em T2, hipossinal em T1, realce pelo contraste e restrição à difusão, de cerca de 4,2X1,7X2,2cm, ocupando orelha média, conduto auditivo externo e interno, tuba auditiva, canal carotídeo com envolvimento do segmento petroso da artéria carótida interna, ápice da mastoide e abaulamento da meninge no assoalho da fossa craniana média, parótida, e disseminação perineural em nervo facial, gânglio geniculado e nervo petroso maior. Dessa maneira, foi submetido a biópsia incisional, com achado histopatológico e de imuno-histoquímica consistentes com rabdomiossarcoma embrionário. Finalmente, iniciou quimioterapia com esquema VAC mensal, evoluindo com redução das dimensões da lesão para 2,5X0,9X1,6cm em exames de imagem de segmento e melhora dos sintomas.

Discussão: Rabdomiossarcoma é uma doença rara e agressiva, representando 3-4% das neoplasias pediátricas, cujo fator de risco permanece desconhecido. Dois terços dos casos são diagnosticados em menores de 6 anos, com pequena predominância no sexo masculino. O sítio primário mais comum é a cabeça e o pescoço, principalmente na região orbital, sendo raro seu achado na região infratemporal. Subtipo embrionário é responsável por 59% dos casos de rabdomiossarcomas. Ressecção cirúrgica isolada do subtipo embriológico geralmente não é curativa e a sua associação com quimioterapia sistêmica mostrou aumentar a sobrevida de 10-30% para 70%. A realização de radioterapia concomitante também está indicada.

Comentários finais: No início da sua evolução, o Rabdomiossarcoma apresenta-se como uma massa de crescimento progressivo e indolor, fator responsável pela dificuldade de seu diagnóstico precoce quando situa-se na orelha média. Durante seu crescimento, seus sinais e sintomas costumam simular clinicamente a otite média crônica ou otite média aguda recorrente. Os mais comuns são paralisia do nervo facial, cefaleia, hipoacusia e otorragia. Portanto, diante de paciente pediátrico que não responde a tratamento convencional na suspeita de doenças inflamatórias ou infecciosas da orelha média, devemos lembrar de condições neoplásicas que cursam com os mesmos sintomas para que seu diagnóstico e tratamento possa ser iniciado o mais breve possível.

Palavras-chave: rabdomiossarcoma embrionário; orelha média.

TCP7104

SÍNDROME DE GORLIN-GOLTZ COM PERDA AUDITIVA NEUROSENSORIAL - RELATO DE CASO**Autor principal:** ANA TAISE DE OLIVEIRA MEURER**Coautores:** MIRELLA MELO METIDIERI, FRANCYELLE VIEIRA DA COSTA, JOSÉ VALMIR DE ANDRADE NETO, RITA DE CÁSSIA HENRIQUE DOS SANTOS**Instituição:** Centro Especializado Em Reabilitação José Leonel Ferreira Aquino - CER IV

Apresentação de caso: Paciente AGJS, sexo feminino, 11 anos de idade, procurou o serviço de Otorrinolaringologia do Centro Especializado em Reabilitação tipo IV em Aracaju – SE, com diagnóstico prévio de Síndrome de Gorlin-Goltz (síndrome do nevo basocelular), porém com queixa de hipoacusia progressiva há 4 anos. Apresenta atraso de aprendizagem. Teve quadro de meningite viral aos 29 dias de vida, ficando internada por 5 dias em urgência pediátrica. Evoluiu com discreto atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, hipotonia e atraso na fala e linguagem. Ao exame físico, apresenta fácies sindrômica, frontal proeminente, pregas epicânticas, hipertelorismo ocular, cílios longos, escleróticas azuladas, lábios superiores finos, pequenas lesões hipercrômicas, verrucosas, tipo nevus, em face e tronco. A otoscopia é normal. De exames complementares, possui exame de cariótipo CGH Array + SHP com perda de material genético no braço longo do cromossomo 9 que envolve 112 genes, um deles responsável pela Síndrome de Gorlin-Goltz. Possui tomografia computadorizada dos seios da face com dentes inclusos com queratocistos nos processos alveolares, ocupando o assoalho do seio maxilar esquerdo com dentes molares associados, achados compatíveis com a síndrome. Na avaliação audiológica, possui deficiência auditiva neurosensorial moderada à direita de configuração plana, com SRT de 50 dB em orelha direita e 15 dB em orelha esquerda, IPRF de 64% a 85 dB em orelha direita e de 100% a 50 dB em orelha esquerda. Curva A bilateral e reflexos contralaterais ausentes em orelha direita. Foi indicada prótese auditiva à direita, com ganho e inserção, porém a paciente teve dificuldades na adaptação de AASI na época. Possui tomografia de mastoides com alargamento bilateral e simétrico de aspecto não tumoral dos condutos auditivos internos, com alargamento do fundo do conduto auditivo interno com a espira basal da cóclea, e foco de calcificação na membrana timpânica. Submetida a exame de processamento auditivo central, com atraso no desenvolvimento de várias habilidades. Procurou o Centro Especializado em Reabilitação para tentar novamente a reabilitação auditiva e desenvolvimento de terapias multidisciplinares para atraso de fala e linguagem.

Discussão: A síndrome de Gorlin-Goltz é uma condição genética rara, autossômica dominante, com expressividade variável. Envolve uma tríade composta por múltiplos carcinomas basocelulares, cistos de mandíbula e anormalidades esqueléticas junto com outros defeitos de desenvolvimento. Foi descrita por Gorlin e Goltz em 1960. Os queratocistos odontogênicos ocupando o seio maxilar são característicos da síndrome, e estudos de TC de alta resolução podem determinar a extensão dessas lesões e apontar áreas de ruptura crítica, bem como o envolvimento dos dentes. O tratamento dos cistos consiste na enucleação. A perda auditiva descrita em outros casos clínicos caracteriza-se como condutiva, por conta de disfunção de tuba auditiva e efusão de orelha média, ou até malformação de cadeia ossicular, cursando com otosclerose. Não é descrita deficiência auditiva neurosensorial como característica dessa síndrome.

Comentários finais: A síndrome de Gorlin-Goltz (GGS) é uma condição cujo manejo requer o envolvimento multiprofissional. Sua expressividade variável é proporcional à idade dos pacientes. O conhecimento dos médicos sobre os múltiplos sintomas da síndrome é uma questão de fundamental importância para o diagnóstico precoce e prevenção de complicações.

Palavras-chave: Gorlin-goltz; deficiência auditiva; queratocistos.

TCP7105

ACESSO COMBINADO PRÉ E PÓS SIGMOIDEO PARA DRENAGEM DE ABSCESSO PONTO CEREBELAR**Autor principal:** LUMA TAVEIRA NUNES**Coautores:** LAÍS CAROLINE PEREIRA GOMES, LAURA DOS SANTOS CARNEIRO DE ANDRADE, VÍTOR YAMASHIRO ROCHA SOARES, ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA, CARLOS VINÍCIUS CUNHA BRANCO**Instituição:** Universidade Estadual do Piauí

Apresentação do caso: Paciente masculino, 15 anos, apresentando quadro de otorréia a direita associada a cefaléia intensa com história prévia de otites de repetição. Evoluiu com quadro de rigidez de nuca, febre, desorientação, marcha instável, paralisia do nervo abducente e fistula em região temporal com drenagem de secreção purulenta. Na otoscopia a direita apresentava tecido de granulação em canal auditivo externo e secreção de aspecto purulento. Realizou tomografia computadorizada de crânio e mastóides que mostrou material hipodenso com bolhas e calcificações em mastoide a direita, material hipodenso preenchendo cavidade timpânica a direita, erosão do esporão de chaussé e canal semicircular a direita, coleções hipodensas em compartimento extra axial da fossa posterior a direita junto ao hemisfério cerebelar direito com espessura de 1.1cm comprimindo parênquima cerebelar e IV ventrículo, sinais de hidrocefalia. A ressonância magnética de crânio com contraste mostrou como achado adicional trombose de grande parte do seio transversal direito. Paciente evoluiu com piora do estado geral e episódios de convulsão. Foi submetido a derivação ventricular externa com posterior abordagem cirúrgica com acesso combinado pré e pós sigmoideo para drenagem do abscesso ponto cerebelar e petrosectomia subtotal. Paciente evoluiu com quadro clínico estável e com boa resposta a abordagem cirúrgica.

Discussão: As complicações intracranianas secundárias às otites médias crônicas continuam representando situação de risco devido sua alta mortalidade. Geralmente ocorrem pela extensão do processo inflamatório do mucoperiósteo para a cavidade craniana, desenvolvendo-se no cérebro, seio lateral e nos espaços epidural, subdural e subaracnóide. Na maioria dos casos, as complicações intracranianas estendem-se através de deiscências ósseas no tegmen timpânico ou antro ou podem resultar de osteíte do ângulo sinodural ou ápice petroso. O abscesso mais comum é o extradural. Os abscessos cerebrais e cerebelares podem ocorrer por extensão direta ou tromboflebite. A forma mais comum é cerebral (temporal) e a mais letal, a cerebelar. O diagnóstico é baseado no quadro clínico, exame físico, exame neurológico, exames complementares de neuroimagem, como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética. O tratamento baseia-se em 03 pontos: antibioticoterapia, tratamento neurocirúrgico do abscesso por método adequado e apropriado ao caso e o tratamento do foco primário da infecção. No que tange ao tratamento cirúrgico, a petrosectomia subtotal corresponde à obliteração de todos os espaços pneumatizados acessíveis do osso temporal com preservação da cápsula ótica, do nervo facial e de uma fina camada de osso sobre a artéria carótida, fossa craniana média e posterior. Este procedimento cirúrgico foi desenvolvido como uma porta segura e eficaz para acesso à base do crânio e fossa craniana através do osso temporal.

Comentários finais: As complicações intracranianas continuam sendo uma situação de risco para pacientes com otites médias crônicas, principalmente do tipo colesteatomatosa. Um alto índice de suspeição é fundamental para seu diagnóstico e manejo em tempo hábil.

Palavras-chave: complicações intracranianas; petrosectomia subtotal; otites médias crônicas.

TCP7106

COMPLICAÇÃO OCULAR RARA APÓS CIRURGIA DE OUVIDO: EQUIMOSE PERIORBITAL - UM RELATO DE CASO**Autor principal:** ÁLEX WILKER ALVES SOARES**Coautores:** EMERSON OLIVEIRA LISE, SUNIA RIBEIRO MACHADO**Instituição:** *Fundação Hospital Adriano Jorge*

Introdução: Paciente, sexo feminino, 41 anos, com otite média crônica (OMC) simples à direita há 20 anos. Procurou serviço especializado com interesse em tratamento cirúrgico, e, assim, procedeu-se. Dentre os exames pré-operatórios, não havia alterações hematimétricas ou de coagulação. A timpanoplastia ocorreu sem intercorrências em 6 meses do primeiro atendimento e ela recebeu alta hospitalar após 2 dias com prescrição de amoxicilina com clavulanato e prednisolona em doses habituais. Não apresentava no pós-operatório imediato evidência de sangramento local ou regional. Evoluiu no primeiro dia pós-operatório (DPO) com equimose infraorbital a direita. No 4º DPO, retorna ao ambulatório com otalgia, otorragia e sensação de plenitude aural – todos a direita – e vertigem. No 13º DPO, a equimose havia sido parcialmente absorvida, agora com coloração amarelada, e a paciente não apresentava maiores complicações ou queixas. À otoscopia, neste momento, observava-se conduto auditivo externo com otorreia de coloração avermelhada e membrana timpânica íntegra. No 20º DPO, não havia sinais de equimose.

Discussão: A OMC é caracterizada clinicamente como uma condição inflamatória associada a perfuração da membrana timpânica. Os sintomas são, comumente, otalgia, desconforto auricular, perda auditiva e otorreia. Divide-se em OMC colesteatomatosa e não colesteatomatosa. Pode ser tratada de forma clínica e cirúrgica. Quando não colesteatomatosa, a orelha média é explorada e a perfuração timpânica fechada com um enxerto, objetivando ganho audiométrico e melhora das queixas locais. As complicações descritas mais associadas da timpanoplastia são a infecção no ouvido, perda da audição, zumbido, tontura, distúrbio do paladar e fraqueza na face. A ocorrência de hematoma periorbitário pós-timpanoplastia descrito na literatura é raro, principalmente quando o paciente não apresenta comorbidades prévias, como distúrbios da drenagem venosa e linfática e celulite pré-septal e a incisão da cirurgia não foi pré-auricular. Entretanto, apesar das situações anteriormente citadas não terem ocorrido, ela evoluiu com essa complicação ocular.

Conclusões Finais: O relato chama atenção para o aparecimento de hematoma periorbitário no pós-operatório de timpanoplastia, complicação rara, mas segura, das cirurgias otológicas. Felizmente, é uma condição autolimitada e que não requer nenhum manejo específico.

Palavras-chave: timpanoplastia; complicação; equimose periorbital.

TCP7107 GUSHER PERILINFÁTICO EM ESTAPEDECTOMIA - RELATO DE CASO

Autor principal: FELIPE LUCIO CORDEIRO FREITAS

Coautores: LUCIANO PEREIRA MANIGLIA, VITÓRIA PERINOTTO DO NASCIMENTO, BRENO OLIVEIRA BORGES BRANCO, JULIA COELHO CYRIACO, JACQUELINE KUWAHARA ZOCANTE, PAULA MORTOZA LACERDA BEPPU, GIOVANNA EMANUELLA PIFFER TANURI

Instituição: HIORP - Hospital de Otorrino e Especialidades

R.R.A.F., feminino, 33 anos, branca, procurou atendimento em 2020 devido a zumbido não-pulsátil, tipo cachoeira, há 4 anos com hipoacusia bilateral leve e sensação de tontura tipo instabilidade de mesmo período. Ao exame físico, paciente não apresentava alterações à otoscopia. Ao exame audiométrico à época apresentava rebaixamento em frequências baixas, de 500Hz a 1000 Hz à direita e de 250 Hz a 1000 Hz à esquerda, LRF 35 dB à direita e 30 dB à esquerda, mantendo o Índice Percentual de Reconhecimento da Fala (IPRF) em 100% bilateralmente, imitanciometria mantendo curva A bilateral e ausência do reflexo acústico bilateralmente. Foi levantado a hipótese diagnóstica para otosclerose bilateral. Paciente não possuía comorbidades e também não possuía histórico familiar para perda auditiva.

Após 9 meses, paciente evoluiu com aumento da perda auditiva, apresentando rebaixamento em frequências baixas, de 250Hz a 1000 Hz bilateralmente, LRF 40 dB à direita e 25 dB à esquerda, IPRF mantido em 100% bilateralmente, imitanciometria com curva As bilateralmente e ausência do reflexo acústico. Paciente realizou teste com Aparelho de Amplificação Sonoro Individual (AASI), com melhora do zumbido, entretanto não se adaptou ao seu uso rotineiro, sendo optado pelo tratamento cirúrgico: estapedectomia com uso de prótese de teflon entre bigorna e o vestíbulo de orelha direita. Durante o ato cirúrgico ficou evidente a rigidez apresentada em articulação estapediovestibular direita. Após platinotomia, ocorreu a saída de grande volume de líquido cefalorraquidiano (LCR) pelo orifício formado, configurando um gusher perilinfático. Prótese de teflon foi posicionada de forma adequada e tamponamento local com esponja hemostática estéril absorvível.

Em seu pós-operatório imediato paciente evoluiu com tontura importante, acompanhada de náuseas e vômitos, sendo controlada com repouso e uso de anti-heméticos e de betaistina. Paciente apresentou melhora progressiva da tontura após 2 semanas de evolução pós-operatória. Após 3 meses da realização da cirurgia, paciente manteve-se sem tontura e com melhora de sua audição em orelha direita para frequência de 1000 Hz. Completando 6 meses pós-operatório, apresentava melhora substancial de sua audição e avaliação audiométrica de orelha direita com LRF de 15 dB e IPRF de 100%.

O gusher perilinfático por se tratar de um evento raro e súbito, não sendo possível prevê-lo durante o pré-operatório de estapedectomia ou estapedotomia, leva a um grande obstáculo cirúrgico, por privar o cirurgião de sua visibilidade adequada ao vestíbulo e de posicionar a prótese de teflon no lugar do estribo. Exames de imagem podem se encontrar dentro da normalidade, não sendo de grande ajuda para a sua previsibilidade para ocorrência de tal fenômeno. Por se tratar de uma malformação congênita com comunicação atípica entre espaço aracnóide e espaço perilinfático, seu reconhecimento só se dá durante ato operatório.

Palavras-chave: gusher; estapedectomia; otosclerose.

TCP7108

RELATO DE CASO DE PACIENTE COM SÍNDROME DA TERCEIRA JANELA QUE SE MANIFESTOU COMO VPPB DE REPETIÇÃO**Autor principal:** ANDRÉ LUIS PEREIRA VIEIRA**Coautores:** GIOVANA SCACHETTI, NATHÁLIA MEDEIROS REBELLO, FERNANDA MONTEIRO PEREIRA, ISABELA GUEDES DE MELO CHAGAS, FELIPE FERRAZ QUINTAL, LEONARDO BRANDINI SANCHES, MARIANA FAGUNDES SATHLER EMERICK BERBERT**Instituição:** Hospital PUC Campinas Celso Pierro

Apresentação do caso: Paciente LLAC, feminina, 59 anos, iniciou em 2018 quadro de tontura rotatória de curta duração relacionada a posição da cabeça ao virar para direita. História de 2 mastoidectomias a esquerda em 1997 e outra em 2017 devido ao quadro de Colesteatoma. Paciente submetida inúmeras vezes a manobras de Epley com reposicionamento dos otólitos e melhora completa, porém temporária do quadro, tendo como hipótese diagnóstica VPPB de canal posterior de repetição. No final de 2021 houve mudança do padrão da tontura com característica rotatória que piorava com barulho intenso e presença de nistagmo (fenômeno de Tulio). Relata também piora com a mobilização do pavilhão auricular esquerdo. Solicitadas TC de mastoides e RNM crânio que evidenciaram: material amorfo com sinal de líquido espesso (hipersinal em T2 e hipossinal em T1), com discreta impregnação periférica pelo contraste, sinais de descontinuidade do tegmen timpânico com extensão meningoencefálica do giro temporal inferior e sinais de erosão de canal semicircular lateral. Paciente submetida a Petrosectomia subtotal em nosso serviço, afim de reparar erosão labiríntica e de tegmen, com achado intraoperatório de fístula de dura-máter ocluída com músculo e erosão do labirinto com preenchimento da cavidade com gordura abdominal. Material suspeito de colesteatoma enviado para Anatomopatológico com laudo de Lamelas Córneas. Paciente evoluiu com melhora completa da queixa de tontura desde a primeira consulta pós-operatória com 1 semana até última consulta 1 mês após o procedimento cirúrgico.

Discussão: A Otite Média Crônica Colesteatomatosa (OMCC) é uma doença otológica que pode ter como complicações a fístula labiríntica e em Canal Semicircular Lateral, posterior ou até mesmo na Cóclea, além de erosão de tegmen e fístula em dura-máter. A Apresentação clínica é variada com sinais de perda auditiva e até mesmo Síndrome da Terceira Janela. A tomografia computadorizada da mastoide é o exame de imagem de eleição para diagnóstico das complicações da OMCC, no entanto o diagnóstico de fístula labiríntica em alguns casos é feito apenas no intraoperatório. Dados da literatura mostram que VPPB de repetição é patologia mais associada a doenças labirínticas. No entanto, ainda não está bem estabelecida uma relação direta entre erosão labiríntica ou fístula labiríntica de canal lateral com VPPB de repetição, necessitando de estudos com maior nível de evidência.

Comentários finais: O objetivo desse trabalho é mostrar a importância do diagnóstico diferencial de tontura, principalmente no paciente com OMCC, sendo de extrema importância a reavaliação periódica do quadro. Caso o paciente com Colesteatoma e portador de tontura comece a evoluir com sinais como ecofonia, fenômeno de Tulio e sinal de Hennebert devemos levantar a suspeita de fístula labiríntica, solicitar TC de mastoide para programação cirúrgica afim de oferecer um adequado tratamento para o colesteatoma e consequentemente para as complicações como a Sd da terceira janela.

Palavras-chave: VPPB; fístula labiríntica; síndrome da terceira janela.

TCP7109 OTITE EXTERNA NECROTIZANTE UNILATERAL - ABORDAGEM CIRÚRGICA - RELATO DE CASO

Autor principal: JULIA MARIA MASCARENHAS ALVARENGA

Coautores: HENRIQUE SANTOS FERNANDES, MANUELLA GOES DOS SANTOS RAPOSO, DANIEL ZUCOLLOTTI CANDEIAS, ANA PAULA DIAS FERNANDES, YANE FLÁVIA DE BARROS CURADO FLEURY, VICTOR JACOME SOARES MARTINS, TAMIRES APARECIDA ALVES BORGES

Instituição: Hospital Federal da Lagoa

Apresentação do caso: Paciente, AADMF, 62 anos, diabético e epilético, apresentou-se com história de otite média aguda supurada em orelha direita com evolução de três meses, associada à paralisia facial periférica, cefaleia, trismo e dor mandibular intensa. Foi tratado com ciclos completos de Axetilcefuroxima, Amoxicilina com Clavulanato, Ciprofloxacina oral e tópica, Azitromicina e Metronidazol apresentando melhora da paralisia facial, porém, com manutenção do quadro auricular algico. Primeira cultura de swab auricular negativa, realizada na vigência de antibioticoterapia. Durante primeira consulta no serviço de otorrinolaringologia do Hospital Federal da Lagoa, observou-se intensa otorréia ao exame otoscópico, sendo então, coletado novo swab auricular. Paciente com exames recentes com glicemia em jejum 158mg/dl, hemoglobina glicada 6,9%. Foi internado para iniciar ciclo de antibioticoterapia venosa e controle glicêmico, considerando a hipótese diagnóstica de otite externa necrotizante. Durante a internação, houve crescimento de *Pseudomonas aeruginosa* na cultura colhida. Além disso, devido ao velamento quase completo das células da mastoide e da caixa timpânica à direita, optou-se pela abordagem cirúrgica para drenagem através de mastoidectomia radical unilateral de orelha direita com petrosectomia do osso temporal.

Discussão: A otite externa maligna corresponde a uma infecção invasiva do conduto auditivo externo podendo alcançar a base do crânio. Trata-se de uma complicação da otite média aguda, com maior predisposição de se desenvolver em pacientes idosos e diabéticos. O principal agente etiológico encontrado em cultura é a *Pseudomonas aeruginosa*. Diante do uso indiscriminado de quinolonas tópicas e orais, é comum que a *P. aeruginosa* seja resistente ao ciprofloxacina. O diagnóstico é realizado através da clínica, isolamento bacteriano e exames de imagem. A queixa mais comum é otalgia, podendo vir associada à otorreia fétida e sinais flogísticos em pavilhão auricular e região retroauricular. Edema préauricular ocorre nos casos em que o processo infeccioso acomete a base do crânio, substituindo tecido ósseo por tecido de granulação. O tratamento baseia-se em limpeza do conduto auditivo e antibioticoterapia sistêmica. Em pacientes diabéticos, o controle glicêmico é de extrema importância para a resolução do quadro. Fluoroquinolona é a classe antimicrobiana de escolha, pois atinge alta concentração em tecidos moles e ósseos, além de ser opção para combater gram-negativos, como a *P. aeruginosa*. O tratamento tem duração de 6 a 8 semanas, com sua eficácia sendo demonstrada através da melhora do padrão observado nos exames laboratoriais e de imagem. Há uma tendência à redução da intervenção cirúrgica, sendo esta indicada para quadros com necessidade de drenagem de abscessos e debridamento do tecido de granulação do conduto auditivo externo, nos casos refratários à antibioticoterapia.

Comentários finais: A otite externa necrotizante é uma doença que acomete o conduto auditivo externo. O mau controle glicêmico facilita a infecção e sua disseminação. Após ciclo endovenoso de Piperacilina + Tazobactam por 27 dias + Amicacina por 12 dias, houve melhora do estado geral, da otite externa, da otorreia, da paralisia facial e do quadro algico. O paciente teve alta hospitalar em uso Ciprofloxacina 1g de 8/8h via oral para manutenção do tratamento a nível ambulatorial.

Palavras-chave: otorrinolaringologia; otologia; otite externa necrotizante.

TCP7110 **DIAGNÓSTICO DE MICROTIA UNILATERAL ASSOCIADO A PERDA AUDITIVA MISTA IPSILATERAL: UM RELATO DE CASO**

Autor principal: LARISSA CARVALHO SILVESTRE

Coautores: LAISSON RONNAN SILVA DE MELO, BRISA JORGE SILVEIRA, EMIDIO OLIVEIRA TEIXEIRA, JOSIELLEN ALMEIDA NASCIMENTO, GUSTHAVO DE OLIVEIRA MARQUES, LETÍCIA ANTUNES GUIMARÃES, THATTYANNE CKRYSTTYANN AGUIAR SOUZA

Instituição: *Hospital Universitario Clemente de Faria*

Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 15 anos, iniciou acompanhamento ambulatorial em hospital privado, em 12 de Fevereiro de 2022, com quadro de microtia à direita e queixa de hipoacusia ipsilateral. Ao exame físico apresentou conduto auditivo externo e membrana timpânica íntegros bilateralmente. Relatou-se que na infância a paciente foi submetida a cirurgia cardíaca devido a cardiopatia congênita. A investigação iniciou-se com exames audiológicos e tomografia computadorizada de mastoides. A audiometria revelou na orelha direita perda auditiva mista de grau moderado e configuração audiométrica em U invertido, na orelha esquerda limiares audiológicos dentro dos padrões de normalidade, com índice de reconhecimento de fala em ouvido direto de 88% e em ouvido esquerdo de 96%. A timpanometria indicou curva tipo A bilateralmente, e reflexos acústicos ausentes à direita e presentes à esquerda. O BERA mostrou-se normal. Já a tomografia computadorizada de mastoides revelou deiscência de canal semicircular superior à direita, conduto auditivo interno discretamente assimétrico em relação ao lado contralateral, apresentado comprimento reduzido, sobretudo sua parede superior. A primeira conduta foi protetização auditiva, mas paciente segue em acompanhamento clínico e investigação.

Discussão: O termo microtia refere-se a uma deformidade congênita, que acomete o pavilhão auricular, tornando-o subdesenvolvido. Esta condição pode ser uni ou bilateral. A forma unilateral é mais comum, ocorrendo em 90% dos casos, sendo que o lado direito é o mais afetado. Essa condição pode vir associada a outras malformações ou não. É importante diante de casos como esse observar e investigar as principais condições associadas.

Conclusão: Reconhecendo que há uma possibilidade de simultaneidade entre microtia e outras malformações congênitas, esse relato de caso enfatiza a necessidade de uma propedêutica direcionada para as principais alterações associadas, afim de, realizar o diagnóstico precoce e indicar o tratamento adequado.

Palavras-chave: microtia; perda auditiva; hipoacusia.

TCP7111

OTITE EXTERNA COMO COMPLICAÇÃO DE PRESENÇA E RETIRADA INADEQUADA DE CORPO ESTRANHO**Autor principal:** LETÍCIA PETTERSON**Coautores:** FERNANDO AURELIO CURCIO**Instituição:** Universidade Luterana do Brasil

Apresentação do caso: Paciente M.C.M.S., feminina, 8 anos, acompanhada da mãe, procura atendimento em Unidade Básica de Saúde por queixa de otalgia esquerda há três dias, após inserção de mola durante brincadeira, objeto retirado pela própria mãe da paciente. Nega secreções, nega hemorragias, nega prurido ou febre. O diagnóstico foi de otite externa provocada por corpo estranho e sua retirada inadequada, sendo realizado tratamento com antibiótico e analgésico.

Discussão: A presença de corpo estranho nas orelhas, nariz ou garganta é uma queixa comum em serviços de urgência e emergência em Otorrinolaringologia. Estima-se que represente cerca de 11% dos atendimentos nesses serviços. Geralmente, os corpos estranhos mais comuns são feijão e a idade mais frequente é entre 1 e 4 anos. Corpos estranhos de orelha são significativamente mais comuns, seguidos de corpos estranhos nasais. As complicações ocorrem em até 22% dos casos, e são estatisticamente relacionadas ao tempo, idade da criança e experiência prática do médico.

Corpo estranho (CE) pode ser entendido como a presença ou a penetração de um objeto, substância ou ser vivo em cavidades ou tecidos do corpo humano. O CE de orelha tem maior prevalência na orelha externa, mas pode acometer também a média e, mais raramente, a interna.

A motivação para a introdução de CE's na orelha pelas crianças parece ser curiosidade em explorar as sensações de introdução de objetos em cavidades corpóreas, enquanto, nos adultos, em geral é motivada por sintomas irritativos de prurido e/ou hábito que leva à manipulação do meato auditivo com os mais variados objetos.

Na população pediátrica, em geral resultam do diagnóstico eventual durante o atendimento médico, enquanto, na população adulta, em geral são referidos. Na maioria das vezes, o CE de orelha é assintomático ou pouco sintomático. A queixa clínica de disacusia é a mais comum, podendo ser caracterizada ainda, na história, hipoacusia, autofonia e/ou percepção exacerbada de sons corpóreos. Sintomas de dor, otorragia e incômodo pela sensação de CE também podem ocorrer.

O diagnóstico do CE de orelha em geral é definido pela simples otoscopia, que flagra a presença dele no meato acústico externo (MAE). Raramente são necessários exames de imagem para seu diagnóstico.

Alguns sintomas e/ou sinais devem ser pesquisados no atendimento inicial, pois alertam para um possível agravamento do quadro. Zumbido intenso, tontura ou vertigem e teste de Weber sugestivo alertam para a ocorrência de perda auditiva neurosensorial, necessitando de avaliação emergencial por audiometria. Otorragia sugere possibilidade de lesão de membrana timpânica e de outras estruturas da orelha média. Já a otorreia e o edema do meato sugerem complicação infecciosa secundária, incluindo o relato de mastoidite.

O tratamento habitual do CE de orelha é a sua remoção cuidadosa, que pode ser feita em geral por lavagem e/ou manipulação instrumental, com ou sem sedação. Em geral, a remoção pode ser feita por via transcanal, mas, eventualmente, sobretudo em casos com grande edema da pele do meato, pode ser necessária uma abordagem mais agressiva, com acesso retroauricular.

As complicações mais frequentes são sangramento, odor fétido e otite externa. Complicações graves como necrose e perfuração timpânica são menos comuns.

Comentários finais: A presença de corpo estranho é uma entidade prevalente, principalmente na população pediátrica. A área da otorrinolaringologia demonstra especial interesse das crianças, sendo o nariz e as orelhas muito mais acometidas que faringe, esôfago, traqueia e brônquios. A remoção do CE exige sempre manipulação cuidadosa, apoiada por iluminação adequada e contenção da criança para evitar lesões iatrogênicas.

A maioria das situações relacionadas a corpos estranhos otorrinolaringológicos são evitáveis. Melhorias na Assistência à Saúde Pública e treinamento dos otorrinolaringologistas são essenciais para evitar complicações graves.

Palavras-chave: corpo estranho; emergência otorrinolaringológica; otalgia.

TCP7112 PARTIÇÃO INCOMPLETA TIPO I ASSOCIADA A SÍNDROME DE FLOATING HARBOR SUBMETIDO A IMPLANTE COCLEAR

Autor principal: JADE GUIMARÃES FULBER

Coautores: LAURA PROLLA LACROIX, DEBORA MILENE FERREIRA ALVES, BIANCA BRINQUES DA SILVA, ALICE LANG SILVA, LETICIA PETERSEN SCHMIDT ROSITO, ISADORA MARTINS DA SILVA STUMPF

Instituição: Universidade Luterana do Brasil - ULBRA

Apresentação do caso: J. P. M. S., com história de restrição de crescimento intrauterino (RCIU), mãe primigesta, parto cesáreo com 37 semanas de idade gestacional, peso de 1775g, Apgar 8/8. Ficou internado em UTI neonatal por 12 dias por dificuldade nutricional. A triagem auditiva neonatal, realizada com emissões otoacústicas, tinha respostas ausentes bilateralmente. Potencial evocado auditivo de estado estável (PEAEE) subsequente demonstrou ausência de resposta em orelha direita e resposta em 500Hz apenas a 50dB na orelha esquerda, compatível com surdez neurosensorial profunda bilateral. A ressonância magnética (RM) de crânio não apresentou alterações. Tomografia computadorizada (TC) de ouvidos evidenciou partição incompleta tipo I com alargamento bilateral de aquedutos vestibulares. Teve baixa resposta ao teste de prótese de aparelho de amplificação auditiva. Em dezembro de 2019, com um ano e seis meses de idade, foi submetido a colocação de tubo de ventilação em ambos ouvidos, junto com correção de craniossinostose. Em janeiro de 2020, foi submetido à colocação de implante coclear no ouvido esquerdo, que evoluiu com gusher pela janela redonda no intraoperatório, corrigido com enxerto de músculo temporal. Foi optado por não realizar implante simultâneo no lado direito devido à duração prolongada da anestesia, broncoespasmo durante o procedimento e sangramento não desprezível considerando a volemia do paciente. Houve necessidade de reintervenção no primeiro dia de pós-operatório, em que se observou estribo móvel e gusher pela janela oval. Foram removidos a bigorna e o estribo e selado o vestíbulo com gordura, fásia e cola biológica, com boa evolução no pós-operatório. O paciente também apresentava fácies atípica e baixo peso, inclusive com necessidade de gastrostomia para complementação nutricional. Investigação genética levou ao diagnóstico de Síndrome de Floating Harbor.

Discussão: A Síndrome de Floating Harbor é um distúrbio extremamente raro causado por mutações no gene SRCAP que resultam em malformações esqueléticas, alterações faciais bastante características, retardo no crescimento (incluindo RCIU e baixo peso ao nascer, como no caso de J. P. M. S.), atraso no desenvolvimento de fala, entre outras anomalias. Alterações otológicas relacionadas à Síndrome de Floating Harbor relatadas na literatura até o momento incluem apenas alterações de orelha média - não há relato, de nosso conhecimento, de malformação de orelha interna associada à síndrome. A partição incompleta tipo I, também conhecida como malformação cocleovestibular cística, representa em torno de 20% das malformações de orelha interna. Nesta anomalia, o modíolo e os septos interesculares estão completamente ausentes, e o vestíbulo encontra-se alargado. Já se sabe que essa malformação pode cursar com fragilidade da platina do estribo, podendo levar ao preenchimento da cóclea por líquido cefalorraquidiano, meningite recorrente, e maior risco de gusher durante a colocação de implante coclear (ocorre em 50% dos casos dessa malformação). Em casos como esse, cirurgiões devem revisar com atenção a fixação da platina no intraoperatório e acompanhar de perto a evolução pós-operatória.

Comentários finais: Esse é o primeiro relato de malformação de orelha interna em paciente com Síndrome de Floating Harbor. Além disso, o paciente evoluiu com gusher, uma complicação conhecida da partição incompleta tipo I, à qual todo cirurgião deve se atentar na colocação de implante coclear em pacientes com essa malformação.

Palavras-chave: inner ear malformation; incomplete partition type 1; Floating-Harbor syndrome.

TCP7113 **ABSCESSO SUBPERIOSTEAL EM REGIÃO TEMPORAL COMO COMPLICAÇÃO DE OMC: APRESENTAÇÃO CLÍNICA E TRATAMENTO**

Autor principal: ELAINE COSTA

Coautores: ARTHUR JOSE ROQUE CRUZ, GUILHERME CORREA GUIMARÃES, ARTHUR MENINO CASTILHO

Instituição: UNICAMP

Apresentação do caso: Paciente M.V.O.B., 18 anos, previamente hígido, encaminhado para avaliação especializada devido quadro de otalgia há 7 dias em OE, associado a otorreia purulenta, zumbido, hipoacusia e plenitude aural ipsilaterais, refratário a tratamento com Amoxicilina+Clavulanato. Evoluiu com febre e edema, rubor e calor em região temporal esquerda com deslocamento anterior de pavilhão auricular e área de flutuação e drenagem de secreção purulenta. Antecedentes de otites de repetição desde infância, negava cirurgias prévias. TC de ossos temporais com contraste em 05/02 com evidência de aumento do espaço de Prussak e coleção em orelha média. Em 24h da admissão apresentou progressão rápida de abscesso, sendo submetido em 06/02 a mastoidectomia radial em ouvido E + drenagem de abscesso subperiosteal com aposição de dreno penrose - achados intraoperatórios sugestivos de colesteatoma, cultura positiva para *Proteus mirabilis* e anatomopatológico evidenciando processo inflamatório crônico com metaplasia escamosa. Realizado Ceftriaxone e Clindamicina por 6 semanas conforme orientação da infectologia.

Discussão: Otite média crônica pode evoluir com disseminação da infecção além da camada mucosa da orelha média. As complicações podem ser intra ou extracranianas, secundárias a OMC com ou sem colesteatoma. Dentre as extracranianas destacamos a mastoidite, abscesso subperiosteal, abscesso de Bezold, abscesso de Luc, paralisia do nervo facial, labirintite, fístula labiríntica, dentre outras. A prevalência de complicações extracranianas varia de 0,69 a 5%. O abscesso subperiosteal é raro em adultos, estando geralmente associado a OMC colesteatomatosa infectada. A patogênese está associada a bloqueio do aduto pelo colesteatoma, impedindo a drenagem de secreções infectadas com consequente retenção na mastóide lateralmente ao colesteatoma. A tensão resultante leva a extensão da secreção purulenta pelo periosteo, resultando em abscesso de mastóide subperiosteal, podendo estender-se ao espaço subgaleal para regiões temporal e parietal. Princípios do tratamento baseados na literatura médica consistem na abordagem cirúrgica da OMC colesteatomatosa subjacente, associado a antibioticoterapia parenteral de amplo espectro e manejo da complicação aguda.

Comentários finais: Descrevemos um caso de adulto com abscesso subperiosteal retroauricular com extensão vertiginosa à região temporal esquerda como complicação de OMC colesteatomatosa sem antecedente cirúrgico. Destacamos a importância do tratamento cirúrgico do colesteatoma e pronta identificação e manejo de eventuais complicações, neste caso com drenagem e antibioticoterapia sistêmica.

Palavras-chave: abscesso subperiosteal; otite média crônica colesteatomatosa.

TCP7114 HIPOPLASIA DE NERVO COCLEAR: IMPLANTE COCLEAR? - RELATO DE CASO

Autor principal: LUCAS DA SILVA BRAZ

Coautores: PAULIANA LAMOUNIER E SILVA DUARTE, WILDER ALVES, CÁRITA LOPES MACÊDO, JÚLIA RAMOS DE MELO, ISABELA GOMES MALDI, VICTORIA FRANCO GONCALVES, JOSE CARLOS RODRIGUES CHAVES JUNIOR

Instituição: CRER

Apresentação do caso: A.S.B., 2 meses, sexo feminino, atendida em ambulatório de otorrinolaringologia, com quadro de microtia bilateral e alteração em exame de triagem auditiva. Paciente com PEATE (Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico) com estímulo Tone Burst via óssea com limiares eletrofisiológicos compatíveis com perda auditiva de grau moderado bilateralmente. Indicado inicialmente protetização com BAHA na Softband bilateral. Realizado Tomografia Computadorizada (TC) de Mastoides que evidenciou má-formação congênita complexa das orelhas externas, média e internas com sinais sugestivos de agenesia do nervo coclear a direita e agenesia/hipoplasia significativa do nervo coclear a esquerda (os condutos auditivos internos muito finos dificultam essa avaliação). Paciente não apresentou ganho audiológico com sistema BAHA na Softband bilateral. Realizado novo PEATE com estímulos Click e Tone Burst, não sendo possível descartar comprometimento auditivo retrococlear devido à ausência de ondas reprodutíveis por estimulação óssea, com limiares eletrofisiológicos compatíveis com perda auditiva de grau severo/profundo. Surge, nesse contexto, o implante coclear (IC) como opção para a reabilitação auditiva da paciente.

Discussão: A microtia é uma malformação congênita do pavilhão auricular, na qual ocorre desenvolvimento incompleto do mesmo, originando um pavilhão auricular pequeno, com deformidades ou até mesmo ausente (anotia). Ocorre em cerca de 1 em cada 4.000 a 6.000 nascimentos. De acordo com a classificação de Hunter existem 4 graus de microtia, sendo que o grau III, presente na paciente do estudo, é caracterizada por apresentar algumas estruturas auriculares, porém nenhuma dessas estruturas é reconhecida como componente auricular. Verifica-se ausência do canal auditivo externo e do tímpano, sendo a forma mais comum de microtia. Nesses casos, os acometimentos de orelha externa e média são muito frequentes, já de orelha interna são pouco observados e apresentam graus variáveis de gravidade. Uma vez que o ouvido interno deriva de tecidos embriológicos diferentes dos ouvidos médio e externo, a hipoacusia é, na maioria das vezes, exclusivamente de natureza condutiva. A perda auditiva neurossensorial pode, no entanto, ocorrer em 10-15% dos casos. Para proporcionar a estas crianças uma intervenção adequada, devem ser avaliadas logo após o nascimento e realizar os exames de rastreio de audição neonatal com a maior brevidade possível. No que diz respeito ao tratamento, pacientes com perda auditiva condutiva devem utilizar uma banda com aparelhos auditivos de condução óssea incorporados (como o BAHA Softband) até serem submetidos a cirurgia reconstrutiva do ouvido médio ou até colocarem um implante auditivo osteointegrado, por volta dos 5 anos de idade. Nas crianças com perda auditiva neurossensorial é importante a procura do diagnóstico etiológico, porque as condutas podem ser diferentes quando se trata de uma mal-formação. A TC mostra o labirinto ósseo e a Ressonância Magnética a anatomia do labirinto membranoso e resalta suas relações anatômicas dando ênfase às possíveis anormalidades dos três ramos do nervo vestibulo-coclear. A aplasia do nervo vestibulo-coclear e a aplasia ou hipoplasia do seu ramo coclear podem ocorrer isoladamente ou em associação com a estenose do meato acústico interno e/ou mal-formação labiríntica. O uso de IC está indicado para habilitação e reabilitação auditiva de pessoas que apresentem perda auditiva neurossensorial bilateral, de grau severo a profundo. Como critério de contraindicação temos os pacientes com agenesia coclear ou do nervo coclear.

Comentários finais: A Apresentação do Caso clínico ressalta que exames de imagem podem apresentar limitações quanto a avaliação de agenesia de nervo coclear, condutos auditivos internos muito finos dificultam essa análise nos casos de perdas auditivas sensorio-neural. A cirurgia de IC está indicada neste caso, mesmo com um laudo de agenesia de nervo coclear, porque a paciente já apresentou, em algum momento, limiares eletrofisiológicos compatíveis com perda auditiva moderada.

Palavras-chave: implante coclear; nervo coclear; microtia.

TCP7115

IMPLANTE COCLEAR EM UMA PACIENTE COM MALFORMAÇÃO DE JANELA REDONDA - RELATO DE CASO**Autor principal:** LAURA PROLLA LACROIX**Coautores:** JADE GUIMARÃES FULBER, BIANCA BRINQUES DA SILVA, DEBORA MILENE FERREIRA ALVES, ISADORA MARTINS DA SILVA STUMPF, ALICE LANG SILVA, LETICIA PETERSEN SCHMIDT ROSITO, CAROLINE CATHERINE LACERDA ELIAS**Instituição:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Apresentação do caso: L.I.W., 10 meses, gemelar (dicoriônica diamniótica) com história de nascimento após parto prematuro com 30 semanas de idade gestacional, sendo necessária internação em UTI neonatal para tratamento de sepse precoce com ampicilina, gentamicina, vancomicina, amicacina e meropenem e ventilação mecânica por 33 dias. Realizou investigação auditiva com emissões otoacústicas (EOA), potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE) e potencial evocado auditivo de estado estável (PEAEE), com ausência de resposta bilateralmente em todos os testes, compatível com surdez neurossensorial profunda bilateral. Apresentou também audiometria comportamental sugestiva de perda auditiva profunda bilateral. Foi submetida a ressonância magnética (RM) de ouvidos sem alterações e RM de crânio com leucomalácia periventricular. Procedeu à cirurgia de implante coclear; entretanto, não foi identificada a espira basal da cóclea no intraoperatório. Optou-se por realizar tomografia computadorizada (TC) de ouvidos e fazer a cirurgia em dois tempos, deixando-se o implante no leito. A TC de ouvidos demonstrou malformação em orelha média, apresentando janela redonda com aumento de comprimento, diminuição de conteúdo aéreo em seu nicho e verticalização de seu pilar posterior, além de retificação do promontório coclear. As alterações em conjunto deslocavam a janela redonda de sua topografia habitual, dificultando sua acessibilidade e localização intraoperatória. Durante o segundo tempo da cirurgia, mesmo após ampla timpanotomia posterior, não foi visualizada a janela redonda. Optou-se, então, por realizar cocleostomia no promontório em topografia próxima do esperado, pela imagem tomográfica, para a espira basal da cóclea. Usou-se como parâmetro anatômico a cadeia ossicular, pois o ramo longo do martelo apontava para a espira basal da cóclea na imagem. Apesar da localização bastante atípica, foi encontrado giro basal e houve progressão durante a inserção do eletrodo. Realizado raio-x de controle com aparente posicionamento adequado dos eletrodos. Após 10 meses, necessitou de mastoidectomia por colesteatoma no ouvido esquerdo. O martelo foi removido; a bigorna e o estribo eram ausentes. A cóclea estava calcificada e impedia a progressão do feixe de eletrodos.

Discussão: A paciente do caso possuía uma malformação de orelha média com importantes repercussões cirúrgicas, visível apenas à TC de ouvidos - sua RM era normal. Tanto a TC quanto a RM são modalidades de imagem amplamente utilizadas na avaliação pré-operatória da colocação de implante coclear, cada uma com vantagens e desvantagens próprias. A TC, tradicionalmente o método de escolha, permite uma avaliação detalhada da anatomia óssea das orelhas média e interna; entretanto, expõe o paciente à radiação ionizante, o que causa especial preocupação na população pediátrica, e não demonstra de forma direta a presença do nervo coclear. Já a RM não expõe o paciente à radiação e permite visualização direta do nervo vestibulo-coclear, sendo inclusive utilizada em alguns centros como o método pré-operatório de rotina; porém, é inferior à TC na avaliação de marcos ósseos e do grau de pneumatização da mastoide e da orelha média.

Comentários finais: Considerando a importante prevalência de malformações de orelha média e interna, a avaliação de pacientes com perda auditiva e indicação de implante coclear necessariamente envolve a realização de exame de imagem. Entretanto, não há consenso sobre qual modalidade deve ser a primeira escolha nessa avaliação, se a TC ou a RM. Cada método tem suas limitações, de forma que, em alguns casos, como o deste relato, se faz necessária a realização de ambos.

Palavras-chave: middle ear malformation; Cochlear implant; malformation of the oval window.

TCP7116 HEMORRAGIA LABIRÍNTICA DESENCADEANDO SURDEZ SÚBTA.**Autor principal:** CELSO GONCALVES BECKER**Coautores:** FABIOLA DONATO LUCAS, RAISSA CARVALHO PEREIRA, ALICE DE SÁ GONTIJO, FELIPE AUGUSTO REIS DE OLIVEIRA, RAQUEL GOMES CASTANHEIRA, IGOR SANTOS PEREZ ABREU, RITA DE CASSIA FREIRE DONATO LUCAS**Instituição:** *Nuceo de Otorrino BH*

Apresentação do caso: Paciente H.V.L, masculino, 59 anos, diabético e hipertenso. Compareceu ao pronto atendimento em clínica particular com queixa de há 5 dias ter iniciado quadro de plenitude aural, hipoacusia súbita à esquerda, vertigem não rotatória persistente e zumbido. Fez uso por conta própria de betaistina 16mg por 5 dias, referindo melhora do quadro. Nega náuseas e vômitos. Relata história prévia de infecção da via aérea superior uma semana antecedente ao quadro, com Rt PCR covid 19 negativo. Otoscopia sem alterações. Solicitado Audiometria apresentando em ouvido direito perda auditiva sensorio – neural profunda, horizontal, com reflexo estapediano contralateral ausente. Iniciado uso de prednisolona 60mg com desmame e aciclovir por sete dias. Solicitado Ressonância Magnética (RM) de encefalo com ênfase em ouvidos e revisao laboratorial. Após três dias do início da medicações, paciente retornou em consultório. Optou-se por iniciar aplicação de injeção intratimpânica de 1ml de Dexametasona 24mg/ml e Pentoxifilina de forma concomitante as medicações anteriores. Paciente retorna após uma semana sem novas queixas. Nova audiometria com persistência da perda neurosensorial profunda. Em laudo da RM áreas focais inespecíficas, alteação de sinal na substancia branca de ambos hemisférios cerebrais, mais frequentemente associadas a microangiopatia. Muito discreta hiperintensidade de sinal espontânea em T1, em topografia da cóclea e vestibulo esquerdo, com ligeira impregnação pelo contraste paragnético: hemorragia intralabirintica? Demais aspectos observados na ressonância magnética das orelhas dentro dos limites da normalidade. Resultado de coagulograma e PCR dentro dos parâmetros de normalidade.

Discussão: A surdez súbita sensorioneural (SSS) é definida como uma perda audiométrica sensorioneural de 30dB ou mais, em três frequências auditivas consecutivas que surge no máximo em 72 horas. É tipicamente unilateral, podendo ser parcial ou completa, súbita ou rapidamente progressiva, podendo ser acompanhado de zumbido e vertigem, no qual é um mau prognóstico para a recuperação audiológica. Considerada uma emergência otológica, é possível a indentificação de sua etiologia em apenas 10% dos casos. Na procura de um diagnóstico etiológico, diferentes fatores e causas têm sido descritas e relacionadas com a SSS: infecção viral, imunológica, ruptura de membranas e distúrbios circulatórios. A associação imunológica postula que as células da orelha interna são agredidas por complexos imunológicos de doenças sistêmicas; alguns autores acreditam que o vírus produza um efeito citotóxico direto sobre as células sensoriais da cóclea e/ou induza à produção de complexos auto-ímunes, e a falta de suprimento vascular nas células sensoriais da orelha interna pode produzir isquemia cócleo-labirintica, causando morte de células de estruturas nobres da orelha interna. A ruptura da membrana de Reissner ou a presença de fístulas perilinfáticas também podem causar SSS. A causa vascular da SSS pode ser hemorrágica ou obstrutiva. A hemorragia intralabirintica é uma causa rara de surdez súbita, cursando frequentemente com sintomatologia vestibular concomitante, como descrito neste trabalho. O advento da ressonância magnética permitiu realizar o diagnóstico desta afecção com maior acurácia, porém, há ainda lacunas evidentes no que concerne à fisiopatologia da hemorragia intralabirintica que se traduzem em dificuldades na abordagem clínica destes doentes. A terapêutica atual não é eficaz e não existem critérios de prognóstico bem definidos. O tratamento da SSS permanece extremamente controverso mesmo quando identificada sua etiologia.

Comentarios finais: Optou pelo tratamento cocomitante das medicações orais, intra-timpânica e acompanhamento radiológico sequencial. Após resultado da primeira RM com diagnóstico de hemorragia intra-labirintica foram mantidas apenas as medicações orais, pelo risco do aumento hemorrágico com corticóides intratimpânicos em altas doses. Repetido RM em quarenta dias apresentando absorção da hemorragia de forma gradual, porém sem sucesso na recuperação dos parâmetros audiológicos.

Palavras-chave: surdez súbta; hemorragia intratimpânica; hipoacusia.

TCP7117

O USO DE CORTICOSTEROIDE INTRATIMPÂNICO NA PERDA AUDITIVA NEUROSSENSORIAL SÚBITA - RELATO DE CASO**Autor principal:** CELSO GONCALVES BECKER**Coautores:** FABIOLA DONATO LUCAS, ALICE DE SÁ GONTIJO, RAISSA CARVALHO PEREIRA, JULIA COLARES MOREIRA, SABLINA RODRIGUES SÉRGIO, RAQUEL CUSTÓDIO SOUZA, IGOR SANTOS PEREZ ABREU**Instituição:** *Núcleo de Otorrino de Belo Horizonte*

Discussão: A perda auditiva neurossensorial súbita (PANS) é definida por: perda súbita e inexplicada de audição, principalmente unilateral, com evolução menor que 72 horas, com queda audiométrica de 30dB ao longo de, pelo menos, três frequências. É considerada uma emergência otorrinolaringológica, sendo o tratamento precoce fator determinante no prognóstico do doente. Idiopática em 70% dos casos, relacionada a infecções em 13% dos casos e também a doença otológica como: trauma, doença vascular, distúrbios hematológicos ou neoplasia.

O exame físico deve ser minucioso, incluindo inspeção do canal externo e avaliação otológica, validando a integridade da membrana timpânica.

Os testes de Weber e Rinne podem ajudar a distinguir os déficits condutores versus neurossensorial. Todos pacientes têm indicação da realização de audiometria. A ressonância nuclear magnética do cérebro com ênfase em ângulo pontocerebelar é um estudo importante na investigação da orelha interna, do nervo vestibulo-coclear e do sistema nervoso central, afastando tumores como schwannomas do oitavo par; bem como a eletrococleografia no diagnóstico diferencial de Síndrome de Ménière.

Apresentação do caso: Paciente 18 anos, sexo feminino, com histórico de perda auditiva gradual leve a esquerda de início em 2020 e relato de plenitude aural súbita a direita em novembro de 2021, associado a zumbidos e náuseas. Audimetria evidenciou perda leve a esquerda de até 20db em agudos e normal à direita. Evoluiu em dezembro de 2021 com piora a direita, de padrão flutuante, tendo o movimento como fator de piora. Nova audiometria mostrou perda severa à direita (de até 70db agudos e graves) e piora da perda em até 10db em agudos, à esquerda; sendo iniciado corticosteroide oral em altas doses e encaminhado ao nosso serviço em fevereiro 2022. Pct mantendo tais queixas, foi sendo solicitado nova audiometria e imitanciometria demonstrando: surdez profunda à direita e mantendo perda leve à esquerda. Ressonância magnética sem alterações.

Solicitado eletrococleografia, devido o caráter flutuante, junto a sintomatologia de zumbido, plenitude aural e vertigem, confirmando então síndrome de meniere e programado aplicação de corticosteroide intratimpânico (IT). Primeira aplicação no dia 8 de fevereiro, após 7 dias nova áudio: melhora para faixa de surdez severa, com até 15db em agudos e graves à direita, e de 10db à esquerda porém ainda mantendo-se em faixa de perda leve. Realizada segunda IT no dia 24 de fevereiro e retorna após 7 dias com audiometria mantida igual a anterior e foi então realizado 3º IT. Nos dias 17 e 24 foram realizadas novas audiometrias, com Resultados sempre similares ao último descrito. Orientado controle por 2 meses. A paciente retorna então no dia 10 de maio, ainda com audiometria sem melhora. Paciente foi então encaminhada para teste de prótese auditiva bilateralmente.

Comentários finais: O exato mecanismo pelo qual os esteroides podem melhorar a audição ainda é desconhecido, bem como a dose e número exato de aplicações necessárias.

Alguns estudos têm demonstrado que o papel fundamental do uso de esteroides no tratamento da PANS seria o de proteger a cóclea dos efeitos deletérios dos mediadores inflamatórios que estão aumentados durante processo infeccioso ou inflamatório propriamente, aumentando o fluxo sanguíneo coclear, protegendo contra isquemia coclear, contra perda auditiva induzida pelo ruído e regulando a síntese de proteínas na orelha interna. Muitos estudos têm revelado que a corticoterapia intratimpânica é um método seguro. Sabe-se que o tratamento precoce é diretamente proporcional ao bom prognóstico bem como, a ausência de zumbidos e vertigem. Em um comparativo entre dois casos semelhantes, àquele em que a perda auditiva inicial for menor, terá o melhor prognóstico.

A taxa de recuperação de pacientes tratado como terapia coadjuvante, com três injeções intratimpânicas de metilprednisolona é superior a 70% ou 20% no índice de reconhecimento de fala. Evidenciando assim que, esta técnica é uma alternativa importante para o tratamento de pacientes portadores de surdez neurossensorial súbita.

Palavras-chave: surdez neurossensorial; intratimpânica; síndrome de Ménière.

TCP7118 IDADE MÉDIA E MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA AMBULATÓRIO DE SURDEZ INFANTIL

Autor principal: DEBORA MILENE FERREIRA ALVES

Coautores: BIANCA BRINQUES DA SILVA, ISADORA MARTINS DA SILVA STUMPF, LAURA PROLLA LACROIX, JADE GUIMARÃES FULBER, ALICE LANG SILVA, LETICIA PETERSEN SCHMIDT ROSITO

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Objetivo: Analisar a média de idade e os motivos de encaminhamento ao ambulatório de surdez pediátrica do HCPA.

Métodos: Foram analisados os prontuários de 341 pacientes encaminhados para uma primeira avaliação no ambulatório de Reabilitação Auditiva Pediátrica do HCPA no período de janeiro de 2018 a julho de 2022.

Resultados: A idade média de encaminhamento foi de 53,8 meses (intervalo de 1-143 meses). Os pacientes encaminhados por exame de triagem auditiva neonatal alterado (33,09% do total de pacientes) tinham, em média, 12,6 meses; os encaminhados por atraso no desenvolvimento da linguagem (10,91%), 46 meses; aqueles com possível diagnóstico de transtorno do espectro do autismo - TEA (5,28%), 64,12 meses; aqueles com fatores de risco para surdez, mas triagem neonatal normal (8,09%), 38,3 meses; os encaminhados para cirurgia de implante coclear (32,04%), 49,2 meses; aqueles com malformação unilateral da orelha interna (3,87%), 54,5 meses; e os com malformações bilaterais (3,16%), com 19 meses.

Discussão: Nesta amostra, o motivo de encaminhamento mais prevalente foram os pacientes encaminhados por exame de triagem auditiva neonatal alterado. No geral, as crianças tinham, em média, 42,3 meses no momento do encaminhamento. Os pacientes com alteração da triagem neonatal também foram o grupo mais jovem no encaminhamento (12,6 meses), destacando a importância desse exame; as crianças com suspeita de TEA eram as mais velhas (64,12 meses).

Conclusão: A falha na triagem auditiva neonatal não deveria ser um motivo tão comum visto que as crianças já deveriam chegar ao nosso serviço com o diagnóstico. Além disso, crianças com motivo de encaminhamento para exclusão de TEA deveriam chegar em um momento mais precoce.

TCP7119

RELATO DE CASO: ESTENOSE DE MEATO AUDITIVO EXTERNO E COLESTEATOMA

Autor principal: RENATA SCHUH**Coautores:** TATIANY TIEMI YAMAMOTO, PEDRO OMAR ALEBRAND PASQUALOTTO, ANTONELLA IRENE BELLEZZA, CLAUDIO NUNES RIBEIRO NETO, RODOLFO WERMANN, PAULO HENRIQUE SENGHER DICK, VANESSA LUNELLI**Instituição:** Universidade Federal da Fronteira Sul

Apresentação do caso: Paciente masculino, 62 anos encaminhado da Unidade Básica de Saúde para o ambulatório de otorrinolaringologia da Universidade Federal da Fronteira Sul por quadro de otorreia bilateral, hipoacusia e zumbido que iniciaram há cerca de 7 anos. Na otoscopia visualizado importante estreitamento do meato auditivo externo - utilizado espelho auricular de 3mm sem passagem do mesmo pelo conduto. Não visualizado a membrana timpânica devido a estenose. Presença de otorreia fétida. Solicitado para investigação do quadro Tomografia Computadorizada (TC) de ossos temporais e audiometria tonal. A TC de ossos temporais identificou estreitamento do conduto auditivo externo associado a sinais de otomastoidite crônica colesteatomastosa bilateralmente. Audiometria com perda auditiva mista de grau moderado à direita e grau leve a esquerda. Paciente aguardando cirurgia de mastoidectomia no serviço de residência médica.

Discussão: A estenose congênita do canal é uma forma mais branda de atresia do meato auditivo externo (MAE). A estenose é definida por Cole e Jahrsdoerfer como um MAE com diâmetro igual ou inferior a 4 mm. O diagnóstico de estenose de MAE é baseado em exame clínico (anamnese, avaliação física e audiométrica) e imagem, particularmente tomografia computadorizada de alta resolução dos ossos temporais. Uma complicação potencial da estenose é o desenvolvimento de um colesteatoma do canal auditivo. Estes colesteatomas adquiridos do canal auditivo possivelmente desenvolvem-se secundariamente ao aprisionamento de epitélio queratinizado no CAE estenótico. Dois parâmetros importantes a serem considerados ao lidar com estenose congênita do MAE são a idade do paciente e o tamanho da estenose. Pacientes com estenose de 2 mm ou menos estão em alto risco de desenvolver colesteatoma e devem ser submetidos a cirurgia. Segundo artigos de revisão sistemáticas de 2022 a atresia aural congênita está associada a um baixo risco de formação de colesteatoma, e a imagem de vigilância é desnecessária em pacientes assintomáticos. A estenose do MAE está fortemente associada ao colesteatoma, e uma varredura de vigilância para esses pacientes é recomendada antes dos 12 anos de idade, com acompanhamento próximo até a idade adulta.

Conclusão: A estenose de MAE é rara, porém quando presente é necessário o acompanhamento para que seja feita a antecipação de possíveis complicações, tais como esta apresentada no caso clínico.

Palavras-chave: estenose de conduto auditivo externo; colesteatoma.

TCP7120

MASTOIDITE EVOLUINDO COM ABSCESSO RETROAURICULAR E EMPIEMA SUBDURAL EM CRIANÇA DE 2 ANOS DE IDADE**Autor principal:** MARCELLE COTRIM ROCHA**Coautores:** CAROLINA DA FONSECA MUSSEL JONES, JOSE RAPHAEL DE CASTRO JUNIOR, DANIEL VILLELA E SILVA, JOSE RENATO COELHO ALVES DE CASTRO, FLAVIA DRUMMOND JACCOUD GIBBON, MATTEUS RAMOS MAIA**Instituição:** IDOR - Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino

Apresentação do caso: Paciente de 2 anos, com historia de tratamento para OMA bilateral com azitromicina por 5 dias e claritromicina por 3 dias (historia de OMA com tratamento com clavulin há 1 mês) , evoluindo com piora da otalgia, febre, e surgimento de hiperemia e edema em região retroauricular esquerda. Otoscopia evidenciou membranas timpânicas abauladas e opacas bilateral, região retroauricular hiperemiada e edemaciada. Realizado TC de crânio e mastóides, evidenciando intensa infiltração de partes moles na região da mastoide, temporal e occipital a esquerda, se estendendo inferiormente pela face lateral do pescoço, destacando-se coleção medindo 2,2x1,4x2,4 cm posterior e superiormente a orelha externa esquerda com densificação e espessamento do subcutâneo e pele em correspondência, compatível com processo inflamatório/ infeccioso. Há também coleção de aspecto semelhante intracraniana na fossa posterior a direita, na altura do seio sigmoide, podendo representar empiema subdural.

Realizado drenagem cirúrgica de coleção retroauricular e iniciado ceftriaxone e vancomicina.

Colhido hemocultura sendo positiva para *Actinomyces oris/viscosus*, cultura do abscesso positiva para *Pneumococo* sensível somente a Teicoplanina e Vancomicina.

Tomografia de controle pós 15 dias de tratamento com melhora do velamento das mastoides, sem presença de abscesso retroauricular, manutenção do abscesso intracraniano, mas de menor tamanho. Seguiu com antibioticoterapia venosa por 6 semanas.

Discussão: A complicação mais frequente no da Otite Média Aguda (OMA) é a mastoidite aguda, que se manifesta habitualmente na criança. Atualmente, estima-se uma incidência entre 0,2% e os 2% nos países desenvolvidos. Estudos recentes, no entanto, demonstram aumento desta, afetando principalmente crianças menores de 2 anos de idade e que mesmo com uso de antibioticoterapia esta patologia persiste, sendo responsável por morbidade significativa e complicações. Este fenômeno pode ser explicado pelo aumento de resistência aos antibióticos, uso indiscriminado dos mesmos, e ao risco aumentado de OMA recorrente com a frequência precoce de creches.

A persistência da infecção na mastóide constitui, uma complicação, que pode assumir diversas formas: Mastoidite Coalescente – existe destruição das trabéculas ósseas mastoideas, transformando a mastóide numa cavidade única. Esta infecção pode estender-se para: Região Retroauricular, originando um abscesso localizado atrás do pavilhão. Pode haver ruptura e drenagem espontânea com fistula retro auricular.

Também para Triângulo Posterior Cervical, através do ápex mastóideo, dando origem ao Abscesso de Bezold; Raiz da apófise zigomática, (se está pneumatizada), dando origem ao Abscesso Zigomático; Ápex petroso; Labirinto; Seio lateral; Endocraneio; Trompa de Eustáquio.

Pode tornar-se também Mastoidite Latente ou Mastoidite Crônica.

Os fatores que favorecem a evolução para Mastoidite são: Bloqueio da drenagem das secreções na mastóide; Virulência do microorganismo; Resistência do hospedeiro; Tratamento pouco criterioso da Otite Média Aguda.

O diagnóstico é essencialmente clínico, geralmente com relato de Otite Média Aguda que persiste ou se agrava (intensificação da otalgia ou da hipoacusia), podendo apresentar : Otalgia, febre, dor na palpação mastóidea (ou dor retroauricular persistente ou recorrente), proptose auricular, eritema e desaparecimento do sulco retroauricular. Na otoscopia observa-se uma membrana timpânica inflamada e espessada, mas também pode estar perfurada ,com saída de otorreia mucopurulenta. Pode também verificar-se a descida da parede póstero-superior do canal auditivo externo.

Os agentes isolados mais frequentemente são: *Pneumococcus*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus pyogenes*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Anaerobios*.

Comentários finais: Conclui-se que o uso indiscriminado e errôneo de antibióticos leva à maior resistência bacteriana e maiores chances de complicações da mastoidite. Importante ressaltarmos a necessidade do diagnostico correto de OMA e seguirmos recomendações de tratamento e nos atentarmos à possíveis complicações para uma rápida resolução.

Palavras-chave: mastoidite; abscesso; empiema.

TCP7121 SISTEMATIZAÇÃO DE BASE DE DADOS DE PACIENTES COM OTITE MÉDIA CRÔNICA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Autor principal: LETICIA AKAZAKI OYAMA

Coautores: LUCAS HIDEYUKI MORISAWA, ANA PAULA CHORNOBAY, LAURA MARTINS GIRALDI, JESSICA ECHEVERRIA, MARIA ISABEL GUILHEM SANTOS, HENRIQUE FURLAN PAUNA

Instituição: Hospital IPO

Objetivos: Sistematizar o registro de dados de pacientes com OMC, classificá-los de acordo com sistemas SAMEO-ATO e ChOLE e criar banco de dados referentes a esta patologia em um hospital terciário.

Material e Métodos: Estudo prospectivo observacional. Realizado aplicação de formulário criado pelos próprios pesquisadores abrangendo dados clínicos e epidemiológicos sobre OMC e aplicação das classificações SAMEO-ATO e ChOLE durante procedimento cirúrgico, caso este seja realizado.

Resultados: Os Resultados preliminares dizem respeito a 7 pacientes, maioria caucasianos (n=4, 57%), do sexo feminino (n=6, 86%), sem nível superior de escolaridade (n=6, 86%). Cerca de 71% da amostra (n=5) possui quadro bilateral. A queixa principal mais comum foi de hipoacusia (n=3, 43%), seguida de otorreia (n=2, 29%) e *tinntus* (n=2, 29%) na mesma proporção. Foram realizadas quatro cirurgias desde o início da coleta de dados, sendo uma delas em caráter de urgência, devido a complicação intracraniana.

Discussão: Importante salientar que apresentamos Resultados preliminares que não podem ser extrapolados à toda população assistida pelo serviço. Apesar da disponibilidade de ferramentas para categorização e classificação da OMC, nenhuma delas é adotada de forma universal. Um dos fatores que determina a chance do uso da ferramenta é a sua facilidade de aplicabilidade. A classificação de ChOLE permite comparar dados relacionados a desfechos cirúrgicos, Resultados audiométricos e informações subjetivas relacionadas a qualidade de vida do paciente, podendo estar associada a desfechos auditivos.

Conclusão: A partir dos dados parciais obtidos até o momento, é possível concluir que a sistematização no registro de dados dos pacientes com OMC e OMCC amplia o conhecimento a respeito da epidemiologia e características clínicas dos pacientes atendidos. A padronização na nomenclatura referente a abordagem cirúrgica dos casos de OMC e OMCC permite a universalização das discussões entre cirurgiões de serviços distintos.

Palavras-chave: otite média crônica; colesteatoma; sistematização.

TCP7122 OTITE MÉDIA CRÔNICA E PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA DE EM PACIENTE COM MÁ FORMAÇÃO DA ORELHA EXTERNA

Autor principal: EMILY BARBOSA DO NASCIMENTO

Coautores: LUCAS DE SOUZA RIBEIRO, CAIO EDDIE DE MELO ALVES, YANE MELO DA SILVA SANTANA, RAÍSSA COSTA SAID, ÁLEX WILKER ALVES SOARES, AUGUSTO CESAR PINTO DE ARRUDA GUIMARÃES, DIEGO MONTEIRO DE CARVALHO

Instituição: *Universidade Federal do Amazonas*

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 44 anos, procedente do interior do estado do Amazonas, hemiparética à direita devido acidente vascular cerebral há 12 anos, apresentou-se ao serviço de otorrinolaringologia com queixa de otorreia à direita de odor fétido com otalgia unilateral esporádica desde os 11 anos de idade, associado à disacusia unilateral ipsilateral. À otoscopia observou-se orelha direita (OD) com conduto em fundo cego e orelha esquerda (OE) com membrana timpânica íntegra associada com pequena retração atical. Ao exame físico da face e região cervical observado hemiparesia à direita, com paralisia facial periférica grau V de House-Brackmann. Em exame otoneurológico ao realizar-se manobra de Dix-Hallpike confirmou-se vertigem posicional paroxística benigna de canal semi-circular posterior bilateral, corrigidas com manobra de Epley. O exame audiométrico demonstrou perda auditiva mista severa em OD e perda auditiva neurosensorial leve em 6 a 8 KHz em OE, logaudiometria em OD ausente e em OE 100%. Reflexos estapedianos ipsilaterais em OD ausentes e em OE presentes. Na tomografia computadorizada das mastóides o lado direito com conduto amplo, aerado e estrutura óssea dismórfica ocupando e ocluindo toda cavidade timpânica, em bloco único, com cadeia ossicular e esporão de Chaussé não identificados. Em ressonância magnética sinais de otomastoidopatia à direita, sem evidência de restrição à sequência de difusão. Encaminhada para realização de meatoplastia e timpanomastoidectomia pela ausência de serviços de referência na cidade para má formações crânio-faciais.

Discussão: A atresia aural congênita refere-se a um espectro de deformidades da orelha presentes ao nascimento que envolve algum grau de falha no desenvolvimento do canal auditivo externo, e, muitas vezes, da membrana timpânica e dos ossículos da orelha média. A atresia do meato acústico externo corresponde a uma patologia que acomete 1 em 10.000 ou 20.000 nascidos vivos, dos quais 70% são unilaterais, com acometimento mais frequente em homens e à direita; apenas 30% é bilateral. A otite média crônica (OMC) é caracterizada por condição inflamatória associada a perfurações amplas e persistentes da membrana timpânica e à otorreia. Cronologicamente, refere-se a um processo inflamatório da orelha média cuja duração não seja inferior a 3 meses. Histopatologicamente, a OMC tem sido definida como um processo inflamatório da orelha média associado à alterações teciduais irreversíveis. No caso em questão, observa-se um atraso diagnóstico da atresia de conduto auditivo associada a OMC ipsilateral, que culminou com a anacusia e paralisia facial ambas a esquerda. Esse quadro demonstra a importância do diagnóstico precoce das lesões de orelha externa e média para a qualidade de vida do paciente, um desafio a ser superado na região norte, devido ao grande vazio geográfico associado às intempéries para locomoção fluvial ou aérea da população carente ao centro de referência da capital do Amazonas em busca de cuidado especializado.

Comentários finais: Paciente com uma evolução arrastada de otite média crônica com fases de agudização à direita com otomastoidopatia de ruim prognóstico devido principalmente ao tempo de evolução e atresia de conduto associada. A anacusia associada à deiscência do nervo facial da paciente e as otorreias de repetição, acarretou importante perda da qualidade de vida com a presença de paralisia facial.

Palavras-chave: otite média crônica; microtia; paralisia facial.

TCP7123

PROCESSO ESTILÓIDE ALONGADO EM PACIENTE COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA. RELATO DE CASO**Autor principal:** LUIS CARLOS DANIEL VILLAMIL ROBLES**Coautores:** KAIAN SEBASTIÃO MURY, OCTAVIO SAKAHARA SAITO, LUCAS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO, ISABELLA DORNELES DE CARVALHO, MANOEL VINICIUS MOURA DE SOUSA, ANDY DE OLIVEIRA VICENTE, VINICIUS NOTÁRIO LIGERO**Instituição:** Hospital Cema

Paciente masculino de 59 anos apresentou-se com paralisia de hemiface esquerda de início súbito iniciada há 1 semana não acompanhada de sintomas vestibulo-auditivos, e não precedida por infecção de vias aéreas superiores, tendo, como única queixa associada, dor inespecífica em região cervical esquerda. Negou histórico de episódios prévios de paralisia facial. À inspeção facial, apresentou paralisia grau III de Haus-Brackmann com preservação do terço superior da face. Não foram visualizadas vesículas ou sinais inflamatórios na otoscopia.

Em tomografia computadorizada de ossos temporais, apresentou ossificação bilateral de ligamentos estilo-hioideos medindo 4,5x0,4x0,4 cm à direita, e 5,5x1,2x1,2 cm à esquerda. Esse achado tomográfico se mostrava compatível também com o leve abaulamento da parede esquerda da orofaringe, indicando provável impressão do complexo estilo-hioide. O paciente, no entanto, negava quaisquer queixas características da síndrome de Eagle. A cervicália referida na ocasião se mostrava inespecífica - não sendo, portanto, atribuída à alteração visualizada.

A síndrome de Eagle é caracterizada pela presença sintomática de processo estilóide alongado, acima de 3,0cm, ou mineralização dos ligamentos estilo-hióideos ou estilo-mandibulares – estruturas que mantêm íntima relação com as artérias carótidas, as veias jugulares internas, os nervos facial, glossofaríngeo, vago e hipoglosso. O quadro clínico é altamente inespecífico, sendo os sintomas mais usuais: disfagia, odinofagia, dor facial, otalgia, cefaleia, tinnitus e trismo. A gravidades dos sintomas, entretanto, não possui forte correlação com a gravidade das alterações, podendo ser assintomático mesmo na vigência de alterações estruturais importantes – conforme demonstrado neste caso.

A síndrome de Eagle representa um desafio diagnóstico, e a prática clínica nos mostra não ser possível atribuir uma forte correlação entre o tamanho do processo estilóide e a sintomatologia. Assim, essa publicação acaba por corroborar as informações obtidas pela literatura especializada.

Palavras-chave: paralisia facial periférica; processo estiloide; síndrome de Eagle.

TCP7124 CARCINOMA ESPINOCELULAR DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO - RELATO DE CASO

Autor principal: NAYYARA MARCIA FERREIRA CARREIRO

Coautores: MARCOS ANTONIO DE MELO COSTA, JÉSSICA MIRANDA LEMOS, MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA, OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR

Instituição: Santa Casa de Misericórdia de Maceió

Apresentação do caso: CMS, 63 anos, sexo masculino foi encaminhado ao serviço ambulatorial de otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia de Maceió relatando prurido e otorréia associados a episódios esporádicos de otorragia há 08 meses. Refere que neste período fez uso de antibióticos tópicos e sistêmicos, porém sem melhora do quadro. Nesta ocasião, durante exame físico foi evidenciado lesão nodular, friável em conduto auditivo externo (CAE) direito de cerca de 1 cm.

A tomografia de ossos temporais evidenciou uma formação expansiva com densidade de partes moles e realce pós contraste que obliterava e ocupava toda a extensão do conduto auditivo externo direito até o subcutâneo. Apresentava ainda irregularidade cortical da parede óssea inferior do conduto além de obliteração da mastoide e caixa timpânica por material com densidade de partes moles, sem realce ao contraste. Paciente foi submetido a ressecção da lesão sendo o material encaminhado para estudo histopatológico. O resultado foi compatível com carcinoma espinocelular bem diferenciado queratinizado.

Optou-se por realizar mastoidectomia radical e paciente foi encaminhado para radioterapia.

Discussão: O carcinoma de conduto auditivo externa representa um tumor maligno extremamente raro. Representa cerca de 0,3% dos tumores de cabeça e pescoço, sendo sua estimativa de incidência de 1/1.000.000. Acomete indivíduos da sexta à sétima década de vida, sendo o carcinoma escamoso o mais comum (80%), seguido pelo basocelular.

Clinicamente costuma simular outras doenças benignas, o que contribui para um diagnóstico mais tardio. Os sintomas costumam ser variados - otalgia, sangramentos, otorréia, tontura surdez e paralisia do facial. O tratamento ideal do carcinoma espinocelular do CAE é controverso. No entanto, a cirurgia com ou sem radioterapia adjuvante é considerada o tratamento padrão. O objetivo é a ressecção em bloco com margens cirúrgicas negativas, o que nem sempre é possível em lesões avançadas. Estudos demonstram que quando a ressecção é realizada com margens livres, a chance de sobrevida é extremamente alta.

Comentários finais: Sintomas de otite podem simular um carcinoma de CAE, portanto, este relato evidencia a importância de ter o carcinoma de CAE como diagnóstico diferencial nestes pacientes com sintomas de doenças inflamatórias que não respondem de forma satisfatória ao tratamento convencional.

Palavras-chave: carcinoma espinocelular; conduto auditivo externo.

TCP7125

SURDEZ NEUROSSENSORIAL PERMANENTE DE INSTALAÇÃO TARDIA APÓS MENINGITE - RELATO DE CASO**Autor principal:** GIOVANNI HENRIQUE BARBOSA SANTOS DA SILVA**Coautores:** AQUILES FIGUEIREDO LEAL, ANNA LUISA FRANCO DE AQUINO, CAMYLA ROLIM SOUTO DE ANDRADE, IAN PASSOS SILVA, ISABELA DE SOUZA SARAIVA, FABIANA MOURA DOS SANTOS TORRES VASCONCELOS, GABRIELA SILVESTRE RIBEIRO DA COSTA GOMES**Instituição:** IMIP

Apresentação do caso: Paciente, sexo feminino, 14 anos, parda, natural e procedente do Maranhão, apresentou quadro de cefaleia holocraniana incapacitante que evoluiu com rebaixamento de nível de consciência e convulsão tônico clônico generalizada, tendo dado entrada no pronto socorro da cidade de origem e necessidade de internamento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) durante 14 dias. Realizado diagnóstico de meningoencefalite, tratamento realizado com antibioticoterapia endovenosa (ciprofloxacino + oxacilina). Cerca de 2 meses após o quadro inicial, ainda internada em leito de enfermaria, evoluiu com quadro de surdez súbita. Foi então solicitada avaliação da otorrinolaringologia, onde foi realizado audiometria - perda auditiva neurossensorial bilateral profunda, curvas timpanométricas tipo "A" e ausência de reflexo estapediano bilateralmente, Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico (PEATE) - ausência de ondas I, III e V bilateralmente na intensidade máxima do equipamento, ausência de microfonia coclear e Tomografia Computadorizada (TC) de crânio evidenciando obliteração do labirinto membranoso bilateral, incluindo cócleas e canais semicirculares, compatível com labirintite ossificante.

Discussão: A meningite é um processo de cunho inflamatório que atinge as meninges, mais precisamente a aracnoide, pia-máter e o líquido cefalorraquidiano, sendo um problema mundial, acometendo crianças com maior frequência, o que inclui a faixa etária da paciente do caso. Doença de alta morbimortalidade, capaz de gerar inúmeras sequelas, dentre elas a perda auditiva, tida como principal sequela a longo prazo.

Não se sabe, exatamente, o mecanismo fisiopatológico da surdez decorrente da meningite, mas alguns estudos eletrofisiológicos e histológicos demonstram que o principal local de lesão é a cóclea (giro basal), gerando, desta forma, uma perda auditiva neurossensorial, permanente em 10% dos casos. Porém, em cerca de 16% dos pacientes, ocorre uma perda condutiva transitória. O risco da surdez varia de acordo com o agente etiológico da patologia em questão, estando em ordem decrescente o pneumococo, *Haemophilus influenzae* e meningococo. Assim, nota-se que a paciente em questão desenvolveu o tipo de surdez mais comum decorrente da meningite - neurossensorial, com provas auditivas demonstrando tal situação, além de exame de imagem demonstrando calcificação em toda a cóclea e canais semicirculares, não só no giro basal que seria o local mais comum.

Cabe destacar que a surdez ocorre na maioria dos casos no início da doença, o que não foi observado na paciente, que teve um acometimento mais tardio, após 2 meses de evolução. Tal sequela pode ser transitória ou permanente, uni ou bilateral, e com gravidade que varia de uma hipoacusia leve até cofose, percebendo-se que a surdez em questão foi a de maior gravidade - bilateral, profunda e permanente.

A prevenção da surdez diante de um quadro de meningite é baseada no tratamento precoce com antibioticoterapia de largo espectro que seja capaz de cruzar a barreira hematoencefálica, além da corticoterapia, sendo esta última não descrita no plano terapêutico da paciente, fato que pode ter contribuído para o mau prognóstico e instalação da perda auditiva.

Considerações Finais: Este relato trouxe à tona a principal sequela a longo prazo da meningite - a surdez, porém de uma forma menos comum, já que teve instalação tardia, 2 meses após a Apresentação inicial dos sintomas, mas que foram comprovadamente decorrente do processo infeccioso, fato demonstrado pelos achados da TC de crânio - labirintite ossificante, explicando a perda auditiva neurossensorial permanente.

TCP7126

RELATO DE CASO: SURDEZ SÚBITA BILATERAL SECUNDÁRIA À CARCINOMATOSE LEPTOMENÍNGEA**Autor principal:** EDUARDO SILVA FARINAZZO**Coautores:** GUILHERME BASSO DURÃES, LINDA BITENCOURT CABRAL, ELOUISE ZWIRTES FRARE, VINICIUS SIMON TOMAZINI, VITOR TAKASHIBA, ROSANA EMIKO HESHIKI**Instituição:** Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná - UEL

Apresentação do caso: Paciente feminino, 59 anos, admitida em pronto-socorro do hospital universitário com histórico de há 30 dias, ter apresentado quadro de tontura e vômitos, sendo tratado em serviço externo como labirintite, sem melhora clínica. Evoluindo com surdez súbita bilateral, associado à parestesia facial e disartria, dificuldade de deambulação e disfagia para líquidos. Apresentava otoscopia normal bilateralmente e exame neurológico com alteração dos NC VII, VIII e IX. Durante internação, realizada investigação do quadro neurológico, da disfagia e perda auditiva súbita. O exame de audiometria tonal demonstrou perda auditiva neurosensorial de grau profundo bilateral. Em ressonância magnética de crânio evidenciou-se disseminação tumoral leptomeníngica na fossa posterior e metástase nos condutos auditivos internos, cisterna cerebelar e nervos trigêmeos. E apresentava citologia oncótica de líquido com suspeita para malignidade, com linhagem não definido. Durante investigação da disfagia, exame de endoscopia digestiva alta, demonstrou presença de lesão ulcerada infiltrativa em terço distal de esôfago, com biópsia evidenciando carcinoma epidermoide. Paciente foi encaminhada para o Instituto de Câncer de Londrina para seguimento oncológico.

Discussão: A carcinomatose leptomeníngica (CL) é uma causa rara de perda auditiva súbita bilateral, caracterizada por infiltração difusa das leptomeninges e espaço subaracnóideo por células malignas. A perda auditiva neurosensorial súbita bilateral inclui diversos diagnósticos diferenciais como presbiacusia, drogas ototóxicas, infecções virais, meningite, doenças cardiovasculares, exposição a ruídos ambientais, neuroma acústico bilateral e doença de Meniere. Os sinais e sintomas neurológicos vistos na CL ocorrem por envolvimento do cérebro, cerebelo, medula espinhal e nervos cranianos, principalmente o III, V, VII, sendo raro o envolvimento do VIII par. O mecanismo exato subjacente à perda súbita da audição ainda não é conhecido, mas a expansão leptomeníngica dentro dos limites do conduto auditivo interno pode causar compressão direta, comprometimento vascular, invasão direta e destruição axonal das estruturas adjacentes. A maioria dos pacientes possui um tumor primário conhecido, porém, em alguns casos, o primeiro sinal de câncer consiste no envolvimento leptomeníngico. A CL é vista em 5% de pacientes com câncer, principalmente, de pulmão, mama e melanoma maligno. Apresentamos aqui um caso raro de surdez súbita bilateral causada pela infiltração das leptomeninges com células tumorais de um carcinoma epidermoide de esôfago. O tumor primário pode se espalhar para as meninges de diversas maneiras: via hematogênica através do plexo coróide ou vasos sanguíneos meníngeos, comunicação direta via linfonodos cervicais, ao longo das raízes nervosas em nível para vertebral ou invasão perineural. O diagnóstico é feito, principalmente, pela existência de células malignas na citologia do líquido cefalorraquidiano. A RM com gadolínio é a modalidade de imagem mais sensível para a CL e o realce das leptomeninges, nervos cranianos e nódulos intraventriculares são importantes para o diagnóstico. O prognóstico da CL é ruim e a sobrevida em pacientes não tratados varia de 4 a 6 semanas, o que determina a importância de um diagnóstico precoce da doença. Em alguns casos, a sobrevida pode ser prolongada para 6 meses após tratamento agressivo. As opções de tratamento incluem quimioterapia intratecal e radioterapia cerebral. Esteroides podem ser utilizados para reduzir o edema. Para a perda auditiva súbita, esteroides, expansores plasmáticos, e corticosteroides intratimpânicos podem ser utilizados, mas são raras as vezes que ocorre melhora do sintoma.

Comentários finais: A carcinomatose leptomeníngica, apesar de sua raridade, deve sempre ser incluída no diagnóstico diferencial de casos de perda auditiva súbita bilateral, mesmo quando não apresenta sítio primário reconhecido, devendo estar vigilante para sua detecção precoce.

Palavras-chave: surdez súbita; perda auditiva neurosensorial; carcinomatose leptomeníngica.

TCP7127

RELATO DE CASO: COMPLICAÇÃO INTRACRANIANA DE COLESTEATOMA COM MEMBRANA TIMPÂNICA ÍNTEGRA**Autor principal:** GIULIANA BEDUSCHI**Coautores:** NATALIA BOCACCIO MAINARDI, MARIA EDUARDA DEON CECCATO, FERNANDA CHAVES AMANTÉA, MARIA LUIZA LOPES ILGENFRITZ, NICOLE CISLAGHI SARTOR, MARCELA LEHMKUHL DAMIANI, MAURICIO NOSCHANG LOPES DA SILVA**Instituição:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Apresentação do caso: J.A.F, masculino, 71 anos, foi encaminhado ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) por hemiparesia à direita, com exceção da face, afasia e ataxia há uma semana. Apresentava otorreia purulenta à direita há mais de um ano e história de tratamento prévio para mastoidite. O paciente possuía prótese ocular à esquerda por um trauma há 19 anos e tinha diagnóstico de demência vascular e hipoacusia. Utilizava continuamente Donepezila e Sertralina.

Na chegada ao HCPA, apresentava membrana timpânica íntegra levemente retraída e efusão à otoscopia da orelha direita. Realizou tomografia computadorizada (TC) de crânio e ouvido, que evidenciou abscesso cerebelar direito, medindo 4,4 x 3,8 x 3,0 cm, com edema perilesional e abscesso em mastóide direita medindo 3,9 x 3,4 x 1,8 cm, com destruição de parede medial óssea da mastóide e comunicação direta com fossa posterior. A TC de crânio mostrou trombose de seio transversal até jugular interna direita sem sinais de hipertensão intracraniana. Foi encaminhado à cirurgia multidisciplinar com equipe da otorrinolaringologia e da neurocirurgia para petrosectomia subtotal e drenagem de abscesso cerebelar. No transoperatório, foi identificada erosão no conduto auditivo externo com solução de continuidade óssea com progressão do colesteatoma até a mastóide sugerindo etiologia como colesteatoma de conduto. Paciente evoluiu com PCR ao final do procedimento, com reversão após 2 minutos. O bacteriológico do abscesso de mastóide apresentou crescimento de *Pseudomonas aeruginosa*. Paciente evoluiu com fraqueza muscular, caquexia, TEP lobar inferior à direita e dificuldade de extubação, sendo realizada traqueostomia. Após 16 dias de internação em centro de tratamento intensivo, evoluiu a óbito.

Discussão: Classicamente, os colesteatomas primários adquiridos são encontrados na região atical (epitimpânico posterior) e/ou no quadrante póstero-superior (mesotimpânico posterior) da membrana timpânica e o exame otoscópico apresenta uma área de retração timpânica, que contém restos escamosos ou tecido inflamatório. No colesteatoma adquirido secundário, associa-se sua formação a possível corrente de migração epitelial através de uma perfuração, tipicamente marginal. No presente caso, o paciente apresentava membrana timpânica íntegra apresentando apenas leve retração e efusão na orelha média, o que dificultou o diagnóstico. Apesar de o envolvimento intracraniano ser uma complicação atualmente rara devido à instituição de antibioticoterapia eficaz, o colesteatoma é citado como a causa mais frequente de complicações intracranianas devido a otite média. A via mais comumente citada para extensão intracraniana é a perda de barreira óssea. As complicações intracranianas do colesteatoma são um desafio diagnóstico e cirúrgico. O manejo cirúrgico urgente é a forma de tratamento de tais complicações, com realização de mastoidectomia na primeira oportunidade. Colesteatomas que evoluem com invasão intracraniana devem ser tratados com cirurgia urgente e radical o suficiente para remoção do colesteatoma e dos processos inflamatórios.

No caso relatado, a cirurgia foi realizada poucas horas após a tomografia. É importante que casos graves sejam identificados e direcionados a centros especializados, a fim de oferecer ao paciente uma possibilidade de tratamento imediato e maior sobrevida.

Comentários finais: Complicações intracranianas de colesteatoma são potencialmente fatais e requerem intervenção imediata. Por isso, é importante que sejam identificados e manejados adequadamente.

Palavras-chave: colesteatoma; otite média crônica.

TCP7128 BOLA FÚNGICA EM ORELHA MÉDIA: TRATAMENTO ENDOSCÓPICO

Autor principal: JANAINA GONCALVES DA SILVA LEITE

Coautores: JOAO FLAVIO NOGUEIRA JUNIOR, JOSÉ DE RIBAMAR BARROSO JUCÁ NETO, DAVI LUCENA MACHADO, MANUELLA MENDONÇA DA SILVA, PEDRO IUGHETTI MORAIS, RAUL SANCHO DE CARVALHO ROCHA, YASMIM CAVALCANTE SOUSA

Instituição: UNICHRISTUS

Apresentação do caso: Paciente, sexo masculino, 11 anos, apresentou quadro de otalgia em ouvido esquerdo por 1 semana, seguida de otorreia persistente. Foi realizado antibiótico tópico (ciprofloxacino) e oral (amoxicilina), porém não houve melhora da otorreia. À otoscopia, observou-se otorreia purulenta e lesão polipoide pulsátil ocupando completamente o canal auditivo externo. Evidenciou-se velamento de orelha média e mastoide esquerda na tomografia computadorizada e perda auditiva condutiva leve a moderada na audiometria e índice de reconhecimento da fala (IRF) de 95% em 90 dB.

Realizou-se cirurgia endoscópica de ouvido. Após elevação do retalho timpanomeatal, encontrou-se glue em orelha média e pólipos, além de material denso que encaminhou-se para estudo anatomopatológico. Este foi compatível com tecido fibroconjuntivo, com moderado infiltrado inflamatório misto, neoformação vascular compatível com tecido de granulação, com hifas e pesquisa positiva para fungos pelas colorações de PAS e Grocott. Realizou-se irrigação da mastoide através. Neste caso, não foi necessário realizar mastoidectomia, pois não havia sido acometida. Foi possível ainda preservar os ossículos. Utilizou-se cartilagem do tragus para reconstrução. O paciente evoluiu sem novos episódios de otite, com controle da doença há 3 anos. A audiometria manteve uma perda auditiva mista leve a severa com IRF de 95% em 75dB.

Discussão: A infecção fúngica na cabeça e pescoço é um problema comum, principalmente pela espécie *Aspergillus*. A rinossinusite fúngica ocorre em aproximadamente 10% dos pacientes com indicação cirúrgica. Na cavidade nasal, há três formas clínicas descritas: sinusite fúngica invasiva, rinossinusite fúngica e bola fúngica. No ouvido, é comum a infecção fúngica do canal auditivo externo por *Aspergillus* e *Candida* spp., chamada otomicose. Entretanto, o acometimento da orelha média e mastóide são raros, bem como a osteomielite da base do crânio, mesmo em pacientes imunocomprometidos.

Na literatura, encontramos apenas um artigo descrevendo um caso de bola fúngica na orelha média, com características semelhantes a que se observa nos seios da face. O paciente foi submetido à cirurgia por microscopia com remoção da peça para estudo histopatológico e cultura, que confirmou a suspeita clínica. Não foi realizada timpanoplastia. Não houve complicações cirúrgicas. O paciente após três meses teve completa recuperação da perfuração da membrana timpânica e dos níveis audiológicos.

No presente caso, utilizou-se cirurgia completamente endoscópica, sem necessidade de mastoidectomia para acesso a orelha média. O paciente teve completa recuperação dos sintomas e com mudança mínima dos limiares auditivos e melhora do IRF.

Comentários finais: Considerando tratar-se de tema pouco descrito, são necessários mais estudos de caso clínico semelhante, bem como do uso da cirurgia totalmente endoscópica nessas patologias da orelha média.

Palavras-chave: otomicose; endoscopia; orelha.

TCP7129 OTITE EXTERNA NECROTIZANTE: NOSSAS EXPERIENCIAS

Autor principal: LUIZA VAZQUEZ BARREIRA RANZEIRO DE BRAGANÇA

Instituição: Hospital Federal do Andaraí

Objetivos: Relatar a experiência na condução de seis casos de otite externa necrotizante num hospital federal do Rio de Janeiro no período compreendido entre março de 2021 e agosto de 2022, em que houveram diferentes desfechos.

Métodos: Foi feita a revisão de prontuários, comparando-se sexo, lateralidade da doença, comorbidades associadas, tratamento instituído, tempo de internação, achados clínicos e laboratoriais ao diagnóstico, desfechos e se houveram sequelas.

Resultados: Notamos que o acometimento desta doença segue como na literatura, acometendo principalmente imunocomprometidos em algum grau.

Discussão: A Otite externa necrotizante (OEN) caracteriza-se como uma osteomielite do osso temporal que se estende do cae a base do crânio e costuma acometer pacientes imunodeprimidos, diabéticos e idosos. É uma infecção potencialmente fatal com 10-27% de chance de recidiva e tem como fatores prognósticos de aumento de mortalidade a paralisia facial periférica, infecção por flora mista ou fungos, tendo como agente causador mais comum o *P. aeruginosa* (98%). Normalmente os quadros se apresentam como uma OEA refratária a tratamento evoluindo para otalgia intensa pior à noite e irradiando para região frontotemporal e com tecido de granulação em cae a otoscopia. A Cintilografia com Tc 99 é o exame padrão ouro para diagnóstico, com 97% de sensibilidade para OEN, e o tratamento deve ser feito com antipseudomonas, limpeza auricular e controle da DM, tendo como critérios de cura a melhora da dor, normalização do VHS e Cintilografia com Ga 67 normal.

Conclusão: Faz-se extremamente necessário o diagnóstico e tratamento precoce e controle adequado das doenças de base para evitar lesões irreversíveis e desfechos indesejáveis desta infecção potencialmente fatal.

Palavras-chave: otite; necrotizante.

TCP7130 ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA DEISCENTE EM OTITE MÉDIA CRÔNICA: RELATO DE CASO

Autor principal: ISABELLA DORNELES DE CARVALHO

Coautores: LUIS CARLOS DANIEL VILLAMIL ROBLES, OCTAVIO SAKAHARA SAITO, MONIK MIRMOVICZ, MANOEL VINICIUS MOURA DE SOUSA

Instituição: Cema

Apresentação do caso: Paciente, masculino, 69 anos, admitido em hospital privado de otorrinolaringologia por queixa de hipoacusia bilateral, de longa data, pior à direita, associado à zumbido pulsátil à direita, sem demais queixas ou patologias prévias otorrinolaringológicas. Ao exame físico, retração leve e opacidade de membrana timpânica bilateralmente, com integridade das mesmas. Solicitado audiometria, a qual demonstrou perda auditiva mista moderada bilateral. Dado seguimento à investigação com tomografia computadorizada de ossos temporais, com achado de material com atenuação de partes moles preenchendo células mastóideas e cavidades timpânicas bilateralmente, associado à carótida interna direita ectópica, que se insinua para cavidade timpânica.

Discussão: Em virtude das complexas relações anatômicas do osso temporal, o qual estabelece íntimo contato com tecidos meníngeos e vasculares, o tratamento cirúrgico de otite média crônica (OMC) é, então, um desafio terapêutico, com considerável potencial para complicações intra-operatórias. Nesse contexto, certas características anatômicas, sejam estas congênitas ou adquiridas, com destaque para deiscência da artéria carótida internas em seu trajeto intratemporal, implicam em um desafio e exigem planejamento cirúrgico adequado.

Comentários finais: A rica rede de estruturas nobres, que mantém relação com o osso temporal, impõe a necessidade de estudo anatômico detalhado, com reforço para uso de exames de imagem, diante da possibilidade de tratamento cirúrgico da OMC.

Palavras-chave: otite média; carótida interna; complicação.

TCP7131

QUADRO ATÍPICO DE GRANULOMATOSE COM POLIANGEITE: UM RELATO DE CASO

Autor principal: LETICIA ROSSETTO DAUDT

Coautores: FERNANDO LIBERATO DA SILVA, VINICIUS OLIVEIRA NITZ, MARIA EDUARDA DEON CECCATO, NICOLE CISLAGHI SARTOR, EDUARDO ESTEVES DE ALCÂNTARA MARQUES RODRIGUES, LETICIA ROSITO, FERNANDA CHAVES AMANTÉA

Instituição: HCPA

Apresentação do caso: Paciente SWM, 40 anos, feminina, previamente hígida, com quadro de otalgia bilateral, pior a direita, associado a plenitude aural, parestesia em hemiface a direita e alteração gustativa em região lateral de língua ipsilateral e impressão de gosto metálico na boca de início há 40 dias. Na ocasião, procurou pronto atendimento onde foi diagnosticada com otite média aguda, recebeu tratamento com ciprofloxacino tópico e amoxicilina via oral, sem melhora do quadro. Após uma semana foi reavaliada, sendo prescrito amoxicilina/clavulanato e prednisona 20mg/dia por 7 dias, com persistência dos sintomas. Apesar do tratamento, teve piora das queixas em ouvido esquerdo, associado à sudorese noturna, calafrios e mal estar geral. Então, procurou outro especialista, recebendo 5 doses de ceftriaxona IM sem melhora, sendo encaminhada ao HCPA. Em primeira avaliação pela equipe ORL, paciente apresentava-se em bom estado geral, sinais vitais estáveis, otoscopia com membrana timpânica (MT) de orelha direita espessada, hiperemiada e abaulada e MT a esquerda íntegra, translúcida com secreção purulenta em orelha média. Acumetria com VAD<VAE, Weber lateralizando para direita e Rinne OE + OD -, NFL com pólipos em região de meato médio e recesso esfenostemoidal, demais sem alterações. TC de ouvidos com velamento de mastoide sem sinais de otomastoidite. Realizada timpanotomia para inserção de TV a direita e coletado culturas, PCR para mycobacterium, os quais foram negativos. Iniciado antibioticoterapia com cefepime e clindamicina com melhora parcial do quadro. Realizou Rx de tórax com opacidade nodular no lobo médio, de contornos mal definidos. Prosseguida investigação com TC de torax com opacidade consolidativa com densidade de partes moles do lobo médio, com halo em vidro fosco, medindo 3,2 x 2,4 x 2,2cm, indeterminada. Solicitadas provas sorológicas e imunológicas com anticorpos APR3 aumentados (moderado a fortemente positivo) e ANCA reagente (1/80 - padrão citoplasmático), confirmando o diagnóstico de granulomatose com poliangite (GP). Em biópsia da lesão pulmonar apresentou inflamação crônica predominantemente linfoplasmocitária com eosinófilos e várias células gigantes multinucleadas em parênquima pulmonar e focos de metaplasia escamosa. Durante a internação, houve piora dos sintomas até o início da pulsoterapia, de modo que paciente inclusive perdeu via óssea em ouvido direito conforme acumetria realizada na ocasião. Em pós operatório de 1 mês, paciente com melhora dos sintomas devido tratamento de sua doença de base, mas permanecendo com perda auditiva mista moderada-severa a direita e perda auditiva mista leve em orelha esquerda. Exame otoscópico sem alteração a esquerda e OD com MT atelectásica, íntegra e sem sinais de efusão.

Discussão: O que chama atenção nesse caso relatado é a abertura de uma doença reumatológica com Apresentação inicial atípica, uma vez que o quadro iniciou por manifestação otológica. A GP é uma doença multissistêmica de etiologia desconhecida e caracteriza-se por ser uma vasculite multissistêmica que acomete pequenos e médios vasos, abrangendo rins, pele e trato respiratório, normalmente com Apresentação clínica inespecífica. As manifestações otológicas ocorrem em 20-60% dos casos da doença, de modo que a otite média serosa é a Apresentação clínica mais comum. O tratamento deve ser iniciado o mais breve com vistas a um melhor desfecho, utilizando drogas imunossupressoras como primeira linha.

Comentários finais: Devido a GP ser uma doença rara e grave que pode apresentar-se com manifestações otológicas, a refratariedade de uma otite média aguda deve fazer o otorrinolaringologista levantar a possibilidade de uma doença autoimune, como o descrito acima. Nesse caso, as alterações concomitantes encontradas em cavidade nasal, pulmões, foram ao encontro do diagnóstico. O especialista desempenha um papel de suma importância nestes casos atípicos, uma vez que o diagnóstico assim como o tratamento influenciam diretamente no prognóstico, diminuindo a morbimortalidade da doença.

Palavras-chave: granulomatose com poliangite.

Autor principal: PEDRO LUIS COSER

Coautores: RAFAELE RIGON

Instituição: UFSM

Objetivos: O BERA Click é um método eletrofisiológico de avaliação das vias auditivas que permite avaliar a integridade neurofisiológica do nervo coclear e do tronco encefálico.

A maturação dos potenciais evocados acontece até os 02 anos de idade sendo imprescindível que cada equipamento tenha seus próprios valores de referência para as latências das ondas I, III e V, assim como dos intervalos entre elas, estabelecidos nessa faixa etária.

O Objetivo desse estudo foi determinar a média e desvios padrão desses valores nas faixas etárias de 0 a 2 meses(F1), 2 a 4 meses(F2), 4 a 8 meses(F3), 8 a 18 meses(F4), 18 a 24 meses(F5) e 24 a 48 meses(F6) com a finalidade de permitir o diagnóstico adequado da presença ou não de disfunções neurofisiológicas neurais e/ou de tronco encefálico em bebês.

Métodos: A população constou de 112 sujeitos com audição normal, com idade entre 18 dias e 08 anos (média de 1 ano 5 meses e 10 dias), examinados com click a 80dBNA de intensidade, com polaridade alternada, taxa de Apresentação de 17,1pps, filtros de 100-3000Hz, apresentados no mínimo duas vezes em cada orelha com, no mínimo, 1000 estímulos de cada vez. Foram medidas as latências das ondas I, III e V, os intervalos entre elas e realizada a média dos valores encontrados nas duas orelhas e calculados os desvios padrões. Todos os exames foram realizados com equipamento Evokadus, fabricado pela CONTRONIC (Pelotas, RS) na Clínica Cóser, durante o sono natural.

Resultados: Média e desvio padrão nas faixas etárias 0 a 2m(DP)/ 2 a 4m(DP)/ 4 a 8m (DP/ 8 a 18m(DP) 18 a 24m(DP) e 24 a 48 anos (DP):

Latência da onda I: 1,35(0,10) /1,32(0,09) /1,30(0,10) /1,27(0,13) /1,26(0,06) e 1,30(0,10) ms.

Latência da onda III: 4,23(0,25) /3,98(0,13) /3,90(0,24) /3,62(0,18) /3,52(0,13) e 3,49(0,14) ms.

Latência da onda V 6,53(0,34) /6,35(0,28) /6,01(0,27) /5,58(0,25) /5,4() e 5,40(0,17) ms.

O Intervalo I-III: 2,87(0,25) /2,66(0,11) /2,60(0,17) /2,35(0,22) /2,26(0,09) e 2,19(0,12) ms.

O Intervalo I-V: 5,18(0,32) /5,03(0,28) /4,71(0,25) /4,31(0,24) /4,20(0,14) e 4,10(0,17) ms.

O intervalo III-V: 2,31(0,25) /2,36(0,26) /2,11(0,21) /1,96(0,12) /1,94(0,10) e 1,90(0,11) ms.

Discussão: O estudo comprova que a onda I (gerada no nervo coclear) já tem a latência definitiva ao nascimento e que as ondas III e V (geradas no tronco encefálico) diminuem progressivamente a latência do nascimento até os 18 meses de idade (devido a maturação que ocorre nesse período).

Este estudo identificou os valores de referência que permitem a utilização do equipamento Contronic Evokadus para realização do exame BERA no diagnóstico neuroaudiológico em bebês.

Conclusão: Com base nos Resultados desse trabalho podemos concluir sobre os valores máximos de normalidade com precisão de 95% somando 2DP à média dos valores encontrados em cada faixa etária. Assim os valores máximos, em cada faixa etária(F), seriam:

Onda I: 1,56(F1); 1,56(F2); 1,56(F3); 1,56(F4); 1,56(F5) e 1,56 ms (F6)

Onda III: 4,73(F1); 4,23(F2)4,38(F3); 4,00(F4); 3,78(F5) e 3,76ms(F6)

Onda V: 7,21(F1); 6,91(F2); 6,56(F3); 6,07(F4); 5,81(F5) e 5,74 ms(F6)

Intervalo I-III: 3,37(F1); 2,90(F2); 2,85(F3); 2,78(F4); 2,44(F5) e 2,44 ms (F6)

Intervalo I-V: 5,82(F1); 5,58(F2); 5,21(F3); 4,78(F4); 4,48(F5) e 4,43ms (F6)

Intervalo III-V: 2,80(F1); 2,80(F2); 2,53(F3); 2,20(F4); 2,14(F5) e 2,13 ms(F6)

Palavras-chave: BERA; bebês; valores de referência.

Autor principal: JOÃO PAULO BISPO GONÇALVES

Coautores: RENAN GOMES VIANA NIERO, TAIS FERREIRA VILELA, LEONARDO MARINHO PORTES, GISELE MUNHOZ SANTOS, LUIGI FERREIRA E SILVA, CLAUDIO LUIZ LAZZARINI, OSMAR CLAYTON PERSON

Instituição: *Universidade Santo Amaro*

Objetivos: Avaliar a efetividade da Terapia Notch no controle do zumbido tonal.

Métodos: Trata-se de sinopse baseada em evidências. Procedeu-se à busca por estudos que associavam zumbido e Terapia Notch em quatro bases eletrônicas de dados: Cochrane - Central de Registros de Ensaios Clínicos - CENTRAL (2022), PUBMED (1966-2022), PORTAL BVS (1982-2022) e EMBASE (1974-2022). Dois pesquisadores independentemente extraíram os dados e avaliaram a qualidade dos estudos para a síntese. O desfecho primário de análise envolveu a melhora clínica do zumbido.

Resultados: Foram encontradas 538 referências, sendo 263 no PUBMED, 89 referências na Cochrane, 160 na EMBASE e 26 no Portal BVS/LILACS. Depois de eliminadas as duplicidades e as referências não relacionadas ao escopo da análise, foram selecionadas as evidências de melhor qualidade, priorizando-se a pirâmide de nível de evidências, o que totalizou a inclusão de 6 estudos, que avaliaram 233 participantes.

Discussão: A literatura apresenta poucos estudos clínicos de avaliação da terapia Notch para zumbido. Trata-se de ensaios clínicos com amostragem reduzida e heterogeneidade alta. Embora o nível de evidência seja ainda muito limitado, todos esses estudos concluem que a terapia Notch pode ser efetiva no controle do zumbido tonal. É importante ressaltar que o entendimento atual do zumbido expõe a necessidade de avaliação por subgrupos de pacientes e aqui temos estudos clínicos que avaliaram um subgrupo, ou seja, a terapia Notch foi utilizada e analisada em pacientes portadores de zumbido tonal, de característica específica, que frequentemente relaciona-se ao zumbido tipo apito. Não é possível proceder à generalização para todo tipo de zumbido.

Conclusões: A terapia Notch pode trazer benefícios no controle do zumbido tonal, mas a evidência é limitada, sendo recomendada a realização de novos ensaios clínicos de qualidade e bom delineamento para maior robustez da evidência.

Palavras-chave: zumbido; terapia Notch.

ACHADOS OTONEUROLÓGICOS EM PACIENTE COM ATAXIA ESPINOCEREBELAR - UM RELATO DE CASO

Autor principal: FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA

Coautores: ALEXANDRE VASCONCELOS DEZINCOURT, GIOVANA GOMES FERNANDES, RODRIGO LEMOS DA SILVA, EDSON RODRIGUES GARCIA FILHO, NAIADÉ DE OLIVEIRA DO AMARAL, JESSICA RAMOS TAVARES, PAULO MARCOS FONTELLES DE LIMA ARAUJO

Instituição: Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza

Introdução: As ataxias espinocerebelares (AEC) correspondem a um extenso grupo de doenças neurodegenerativas heterogêneas, caracterizadas pela perda de equilíbrio e coordenação motora devido à disfunção primária do cerebelo e suas vias de ligação, uma vez que ocorre uma atrofia do cerebelo marcada pela redução de células de Purkinje e células granulares, apresentando sintomatologias múltiplas e amplas.

Objetivo: Relatar um caso de ataxia espinocerebelar com ênfase em alterações otoneurológicas.

Descrição do Relato: Paciente do sexo masculino, 56 anos, foi encaminhado ao serviço de otorrinolaringologia através de seu neurologista, devido quadro de tontura, desequilíbrio, instabilidade na marcha e em ortostase, iniciados há 12 meses de forma abrupta e evoluindo gradualmente, apresentando no momento da consulta piora dos sintomas, prejuízo sensível da marcha e perda de força em membros inferiores, assim como o surgimento de episódios de falhas vocais esporádicas com sensação de “voz cansada” e com achados na Ressonância magnética de Crânio compatíveis com processo de degeneração cerebelar extensa. Previamente hígido, apresenta como histórico familiar o acometimento paterno por doença de Parkinson e Alzheimer. Apresentou ao exame otoneurológico movimentos oculares com nistagmos semiespontâneos para a esquerda, porém com oculomotricidade extrínseca sem alterações; foram percebíveis sacadas inconsistentes para a direita no Head Impulse Test clínico (c-HIT), apresentando Head Tilt para a esquerda e Downbeat com tontura desperta durante as manobras de Dix Halpike; entretanto, ao ser realizado o Video Head Impulse Test (V-HIT), observou-se ausência de hipofunção vestibular, com valores normais em todas as sequências; demonstrava marcha atáxica com claro alargamento de base, Teste de Romberg com propensão moderada de queda para a frente e para a direita, dismetria a esquerda e disdiadococinesia para a esquerda, com evidente Distasia e incoordenação axial e apendicular. O seguimento otoneurológico e neurológico contínuo foi recomendado, associado a fisioterapia neurofuncional, com reavaliações clínicas e funcionais frequentes.

Discussão: O paciente avaliado apresenta quadro clínico e achados otoneurológicos compatíveis com as descrições dos trabalhos comparados.

Considerações finais: Apresenta-se esse caso para chamar a atenção sobre a variabilidade de achados otoneurológicos em casos de ataxias espinocerebelares.

Palavras-chave: ataxia espinocerebelar; degeneração cerebelar; alterações otoneurológicas.

ALTERAÇÕES OTONEUROLÓGICAS EM ACIDENTES VASCULARES CEREBELARES - RELATO DE DOIS CASOS

Autor principal: FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA

Coautores: ALEXANDRE VASCONCELOS DEZINCOURT, RODRIGO LEMOS DA SILVA, GIOVANA GOMES FERNANDES, THIAGO TORRES NOBRE, BIANCA SOUSA DUARTE, JESSICA RAMOS TAVARES, MAIRA RODRIGUES DE OLIVEIRA

Instituição: Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza

Introdução. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) continua a ser uma das principais causas de mortalidade no mundo e quando não letal, evolui comumente com alterações de caráter motor, sensorial e/ou cognitivo, além de apresentar manifestações clínicas diversas, dentre estas a queixa de tontura que pode ser a principal ou única queixa de pacientes após o AVC, sendo um importante fator de limitação da funcionalidade, prejuízo no controle postural e desempenho na marcha.

Objetivo. Relatar dois casos de acidentes vasculares cerebrais isquêmicos em topografia cerebelar e que cursaram com alterações ao exame otoneurológico.

Descrição do Relato. Duas pacientes foram encaminhadas ao nosso serviço de otorrinolaringologia devido à história prévia de acidentes vasculares cerebrais isquêmicos em topografia cerebelar, cursando com persistência de desequilíbrio, tonturas episódicas vertiginosas e com imagens similares em suas ressonâncias de crânio com áreas de gliose pequenas em hemisfério cerebelar direito, sendo então submetidas a avaliação otorrinolaringológica e otoneurológica completa. Mulher de 68 anos, apresentando quadro isquêmico há dois anos, apresentou ao exame otoneurológico movimentos oculares sem alterações, porém com sacadas para a direita no Head Impulse Test clínico (c-HIT), não apresentando nistagmo durante o Head Shaking ou quando foi submetida as manobras de Dix Halpike; entretanto, ao ser realizado o Video Head Impulse Test (V-HIT), observou-se hipofunção vestibular a direita com ganhos inferiores nos canais semicirculares lateral e posterior direitos (canal semicircular lateral direito com 0,49 e o posterior com 0,59, mas com o anterior em 0,95). Já a segunda paciente, sexo feminino, 88 anos, quadro isquêmico há quatro anos, demonstrou ao exame otoneurológico movimentos oculares sem alterações, porém com sacadas para a esquerda no c-HIT, não apresentando nistagmo durante as manobras de Dix Halpike e ao ser submetida ao Head Shaking apresentou nistagmo torcional para a esquerda e para baixo e no Video Head Impulse Test (V-HIT), observou-se assimetria de ganho com microssacadas bilateralmente, mais consistentes a direita, porém sem hipofunção. O seguimento otoneurológico contínuo foi recomendado e ambas as pacientes foram encaminhadas para fisioterapia.

Discussão. As duas pacientes avaliadas apresentaram quadro clínico e achados otoneurológicos compatíveis com as descrições dos trabalhos comparados.

Considerações finais. Esses casos devem ser avaliados para chamar a atenção sobre a variabilidade de apresentações e achados otoneurológicos após episódios isquêmicos cerebelares.

Palavras-chave: acidente vascular cerebral; isquemia cerebelar; alterações otoneurológicas.

Autor principal: HENRIQUE DE PAULA BEDAQUE

Coautores: PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA, KELVIN LEITE MOURA, LUCAS MARINHO VASCONCELOS, DAMÁCIO SOARES PAIVA, MARINA MENDONÇA DE MIRANDA, JOSÉ DINIZ JUNIOR, LIDIANE MARIA DE BRITO MACEDO FERREIRA

Instituição: UFRN

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino de 33 anos e sem comorbidades procura o ambulatório de otorrinolaringologia com uma queixa de zumbido bilateral há cerca de 6 anos, referindo como fator desencadeante o uso de protetor auditivo. Em sua história refere que o zumbido piora após o consumo de café, chocolate e refrigerantes, e sem fatores de melhora. Foi previamente avaliado pelo dentista que encontrou Disfunção temporomandibular, já estando em uso de placa de oclusão há cerca de 01 ano e já tinha realizado exames auditivos, audiometria e potenciais evocados do tronco encefálico normais, e exame de ressonância nuclear magnética de crânio normal. Durante o exame físico escuta-se o zumbido do tipo “tic-tac” (zumbido objetivo) sem necessidade de estetoscópio e a otoscopia é normal. Durante a nasofibroscopia visualizam-se mioclonias palatais condizentes com o zumbido referido pelo paciente.

Discussão: A mioclonia palatal é um evento raro, decorrente de contrações rítmicas não voluntárias do palato mole, que normalmente apresenta-se como clínica o achado de zumbido objetivo, podendo levar a disfagia leve. Habitualmente é classificado em primário, sem causa definida, ou secundário quando há lesão no triângulo de Guillain-Mollaret (núcleo dentatus no cerebelo, o núcleo oliva inferior na medula oblongata e o núcleo ruber no mesencéfalo) por acidente vascular encefálico ou demais etiologias.

Considerações Finais: No presente caso apresentamos um paciente com zumbido objetivo decorrente de mioclonia palatal primária com intuito de lembrar dessa hipótese diagnóstica.

Palavras-chave: zumbido; mioclonia; exame físico.

TCP91

OTOMASTOIDITE COMPLICADA COM ABCESSO RETROAURICULAR E TROMBOSE DE SEIO SIGMOIDE: UM RELATO DE CASO**Autor principal:** LETÍCIA ANTUNES GUIMARÃES**Coautores:** LAISSON RONNAN SILVA DE MELO, JOSIELLEN ALMEIDA NASCIMENTO, LARISSA CARVALHO SILVESTRE, GUSTHAVO DE OLIVEIRA MARQUES, THATTYANNE CKRYSTTYANN AGUIAR SOUZA, ANDERSON PATRICIO MELO, ANA PAULA MARQUES MACHADO**Instituição:** Hospital Otorrino Center Ltda

Apresentação do caso: M.G.S, 2 anos, encaminhado ao Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF) devido a otalgia à esquerda associada a hiperemia e abaulamento retroauricular, além de deslocamento do pavilhão auricular e otorreia purulenta ipsilateral. Havia utilizado amoxicilina via oral por 10 dias antes de ser encaminhado ao serviço. Durante exame físico, observou-se também lesão sugestiva de granuloma inflamatório em conduto auditivo externo (CAE) esquerdo. Paciente foi então internado para realização de tomografia contrastada (TC) de mastoides e de crânio, além de corticoterapia e antibioticoterapia venosa com ceftriaxona e oxacilina, sendo indicado também o uso de gota otológica com ciprofloxacino e hidrocortisona. A TC, realizada após 2 dias de internação, evidenciou otomastoidite bilateral, abscesso retromastoideo à esquerda (volume de 2ml), sinais de osteomielite e trombose de seio sigmoide. Diante da involução progressiva dos sinais flogísticos retroauriculares, da otalgia e da otorreia, além da ausência de sinais de hipertensão intracraniana, optou-se por manter o tratamento clínico, sendo acrescentada anticoagulação com heparina de baixo peso molecular (HBPM). M.G.S. permaneceu internado durante 21 dias para antibioticoterapia venosa, recebendo alta após remissão clínica total, inclusive da lesão em CAE. Realizada TC de controle antes da alta, com melhora comparada a TC prévia, mas mantendo sinais de oclusão venosa em seio sigmoide, com indicação da hematologia de manter HBPM por 3 meses em regime ambulatorial. Indicado realizar novo estudo de imagem após o término da anticoagulação para avaliar melhora da trombose em seio sigmoide.

Discussão: A otite média aguda (OMA) é caracterizada pela infecção e/ou inflamação da orelha média. Toda vez que esse processo se estende além da orelha média e acomete estruturas próximas ao osso temporal, tem-se complicações que se desenvolvem a depender do patógeno e das características do hospedeiro. Após o surgimento dos antibióticos, houve mudança na evolução natural das otites. Apesar da incidência e da prevalência das complicações terem diminuído, seu potencial de gravidade requer que os médicos tenham conhecimento das possíveis complicações e dos princípios básicos para manejo desses quadros. Na OMA, a extensão geralmente ocorre por via hematogênica e as complicações podem aparecer poucos dias após o início do episódio, sendo divididas em intratemporais e intracranianas. A mais comum é a mastoidite. Vale ressaltar que em todos os casos de OMA há algum grau de inflamação da mastoide, encontrando-se sinais radiológicos. Porém, nem todos se apresentam com mastoidite clínica (edema, eritema e dor retroauricular). O abaulamento retroauricular é um sinal importante de mastoidite aguda, especialmente nos casos com abscesso subperiosteal. Seu diagnóstico é clínico, entretanto indica a necessidade de realização de exame de imagem para investigar outras possíveis complicações associadas. O tratamento é preferencialmente intra-hospitalar, com antibioticoterapia venosa, por vezes sendo indicada a miringotomia ou até a mastoidectomia. Por outro lado, a trombose do seio sigmoide é uma das complicações menos frequentes da OMA. Há a formação de microabscessos que envolvem o seio venoso, culminando em um trombo infectado. Nos quadros extensos, ocorre aumento da pressão intracraniana. A TC contrastada evidencia falta de realce no interior do seio sigmoide, apenas com realce circundando a lesão. No tratamento da trombose, utiliza-se antibioticoterapia por tempo prolongado, sendo controverso o uso de anticoagulantes.

Comentários finais: No caso apresentado, optou-se pelo tratamento clínico sem intervenção cirúrgica, que apresentou bons Resultados provavelmente devido à drenagem espontânea do abscesso retroauricular pelo CAE após início das medicações venosas. Ressalta-se a importância do acompanhamento hospitalar e ambulatorial multiprofissional do caso, com pediatras, otorrinolaringologistas e hematologistas, para melhor assistência ao paciente e posterior avaliação de possíveis sequelas permanentes.

Palavras-chave: otite média aguda; complicações; otomastoidite.

TCP92

COMPLICAÇÃO INCOMUM DE INFECÇÃO EM SÍTIO CIRÚRGICO PÓS-AMIGDALECTOMIA

Autor principal: CAMILA DE SANTA CRUZ SOUZA**Coautores:** TRISSIA MARIA FARAH VASSOLER, RODRIGO GUIMARAES PEREIRA, GUILHERME GUIMARAES SILVEIRA, JOANA LUÍZA ZIMMER, PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA, BRUNA PUPO, DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH**Instituição:** Hospital Pequeno Príncipe

Apresentação do caso: G.H.O, 5 anos, sem comorbidades, submetido à adenoamigdalectomia há 1 mês, em serviço externo. Paciente evoluiu progressivamente com disfagia, odinofagia, apatia, desidratação e perda de 5 kg. Na admissão, paciente encontrava-se emagrecido, desidratado e hipoativo. Em orofaringe apresentava grande quantidade de fibrina, secreção mucopurulenta em lojas amigdalíneas com aparente necrose muscular e preservação parcial dos pilares anterior e posterior. Paciente foi internado, estabilizado clinicamente e adotadas medidas de higiene oral. Iniciado ceftriaxone, clindamicina e dexametasona endovenosos. Optado pela passagem de sonda nasogástrica para garantir aporte calórico para a criança. Realizada tomografia cervical que descartou a presença de abscesso. Paciente evoluiu com as medidas adotadas sem febre, com melhora da dor, da aceitação alimentar e com recuperação parcial do peso perdido. As lojas amigdalíneas evoluíram com boa epiteliação, sem tecido necrótico e sem hiperemia. Após 14 dias de tratamento paciente recebe alta para acompanhamento ambulatorial.

Discussão: Apesar da adenoamigdalectomia ser considerado um procedimento seguro, pode evoluir com complicações que podem ser classificadas em: intraoperatórias e pós-operatórias. As complicações intraoperatórias mais comuns são os traumatismos dentários e dos tecidos moles da cavidade oral, lesão vascular, espasmo laríngeo, subluxação atlanto-axial e aspiração. As complicações pós-operatórias mais frequentes são a odinofagia, febre, náuseas, vômitos, hemorragia, alteração da voz, insuficiência velofaríngea e estenose da nasofaringe. A complicação com maior morbimortalidade é a hemorrágica. Não é frequente o desenvolvimento de complicações infecciosas na cirurgia de adenoamigdalectomia. No caso relatado houve um processo infeccioso com necrose parcial da loja amigdalínea, cursando com deformidade estrutural. Em geral, não é rotineira a prescrição de antibióticos e corticoesteroides após a cirurgia de adenoamigdalectomia, sendo um ponto de Discussão e divergência entre os especialistas. Nesse caso, pode-se supor que a odinofagia, dificuldade para ingestão de alimentos e a desidratação possam ter contribuído para a queda da imunidade e do estado geral da criança, contribuindo para a instalação do processo infeccioso local, porém não se pode excluir erro de técnica cirúrgica e de assepsia durante o procedimento.

Comentários finais: Apesar de ser considerado um procedimento seguro, com baixa morbimortalidade e com bom custo-efetividade no contexto de saúde pública, não podemos ignorar ou subestimar os riscos da adenoamigdalectomia. É fundamental uma boa análise dos riscos pré-operatórios, esclarecer os familiares antes da realização do procedimento e escolher uma técnica cirúrgica adequada e que o cirurgião tenha bom domínio técnico. Além disso, é imprescindível realizar um bom acompanhamento pós-operatório com objetivo de oferecer assistência adequada ao paciente e identificar precocemente o surgimento de complicações.

Palavras-chave: adenoamigdalectomia; infecção; complicação.

OTOMASTOIDITE COMPLICADA COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Autor principal: CAMILA DE SANTA CRUZ SOUZA

Coautores: TRISSIA MARIA FARAH VASSOLER, RODRIGO GUIMARAES PEREIRA, GUILHERME GUIMARAES SILVEIRA, MILENA SAYURI OTSUKI, FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI, MARIA EMILIA FEITOSA BANDEIRA DE OLIVEIRA, GUSTAVO HENRIQUE DE GOES CAVALCANTI

Instituição: Hospital Pequeno Príncipe

Apresentação do caso: A.R., 10 meses, sem comorbidades, tem história de sintomas gripais há cerca de 20 dias, evoluindo com febre, otorreia bilateral, hiperemia retroauricular à direita e paralisia facial em hemiface à direita há cerca de 5 dias da admissão. No exame físico, apresentava fechamento ocular incompleto à direita e desvio da rima labial para esquerda, configurando uma paralisia facial periférica House Brackmann 2. O paciente foi internado e foi realizada tomografia de crânio e mastoide que evidenciou velamento mastoideo e de orelha media bilateralmente, além da ausência de lesões expansivas encefálicas. Foi iniciado ceftriaxone, clindamicina e corticoterapia endovenosa. O paciente foi abordado em centro cirúrgico, onde foi realizada timpanotomia para tubo de ventilação 1021 bilateralmente e foi prescrito gotas otológicas. O paciente recebeu alta com bom estado geral, sem febre e sem hiperemia retroauricular após 5 dias de antibioticoterapia venosa para completar o tratamento com antibiótico oral. Em retorno ambulatorial cerca de 5 dias após a alta, o paciente não apresentava mais sinais de paralisia facial periférica, estava sem otorreia bilateralmente e sem outras queixas.

Discussão: A otomastoidite aguda é uma infecção bacteriana que costuma ocorrer quando uma otite média aguda não tratada ou inadequadamente tratada se dissemina do ouvido médio para a mastóide. Fisiopatologicamente, o trajeto do nervo facial perto do ouvido médio e da mastóide permite que processos inflamatórios dessas duas estruturas sejam transmitidas ao nervo levando a complicações neurológicas. Essas complicações podem ocorrer em até 35% dos casos e dentre elas está a paralisia facial periférica, sendo esta bastante incomum. A paralisia facial periférica acontece devido a uma lesão no nervo facial que é responsável pela inervação de dezessete pares de músculos faciais, o que pode desencadear vários graus de comprometimento do nervo. Isso gera uma paresia ou paralisia uni ou bilateral dependendo do local da lesão. No caso relatado, o paciente evoluiu com uma disfunção moderada da movimentação facial, com fechamento ocular incompleto à direita e desvio da rima labial para esquerda, configurando uma paralisia facial periférica House Brackmann 2. De acordo com a literatura, o prognóstico da paralisia facial após tratamento antimicrobiano adequado é excelente com resolução ocorrendo em cerca de três a seis semanas, assim como foi visto no paciente do caso descrito.

Comentários finais: O atraso no diagnóstico da otomastoidite aguda e o seu tratamento inadequado podem influenciar diretamente no aparecimento de complicações nesta patologia, como no caso descrito. Apesar da paralisia facial periférica ser rara, esta é uma complicação bastante estigmatizante para o paciente e que necessita de um diagnóstico e tratamento precoce. Assim, percebe-se como é fundamental o conhecimento a respeito desta patologia e do impacto que esta pode causar na qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: otomastoidite aguda; complicação; paralisia facial periférica.

TCP94

SÍNDROME DE GRADENIGO EM UM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**Autor principal:** CAMILA DE SANTA CRUZ SOUZA**Coautores:** JULIANA BENTHIEN CAVICHIOLO, RODRIGO GUIMARAES PEREIRA, GUILHERME GUIMARAES SILVEIRA, MARIA EMILIA FEITOSA BANDEIRA DE OLIVEIRA, GUSTAVO HENRIQUE DE GOES CAVALCANTI, BRUNO CERON HARTMANN, GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA**Instituição:** Hospital Pequeno Príncipe

Apresentação do caso: G.T., 3 anos, sem comorbidades, tem história de otalgia bilateral e febre há cerca de dez dias da admissão. Foi realizado tratamento com amoxicilina e amoxicilina-clavulanato, porém sem resposta clínica. Paciente evoluiu há um dia da admissão com estrabismo convergente e dor retro-ocular à direita. Ao exame físico, apresentava abaulamento e hiperemia de membrana timpânica bilateralmente, paralisia do reto lateral à direita e hiperemia retroauricular bilateralmente, quadro sugestivo da Síndrome de Gradenigo. Foi iniciado ceftriaxone, clindamicina e corticoterapia endovenosas durante o internamento. O paciente foi abordado em centro cirúrgico, onde foi realizada timpanotomia para tubo de ventilação 1021 bilateralmente e prescrito gotas otológicas. Foi realizada ressonância magnética de encéfalo que evidenciou acúmulo de secreção nas mastoides associados a falhas de enchimento intraluminais nos seios transversos e sigmóide à direita. Discutido caso com a equipe da neurocirurgia que não indicou uso de anticoagulante e discutido caso com a oftalmologia que relatou melhora progressiva da paralisia do reto lateral à direita após o procedimento cirúrgico. O paciente recebeu alta após dez dias de antibioticoterapia venosa para seguimento ambulatorial com as equipes assistentes apresentando bom estado geral, ausência de febre e com estrabismo convergente em curva de melhora.

Discussão: A otite média aguda é uma infecção comum na infância que pode cursar com complicações neurológicas graves, entre elas a Síndrome de Gradenigo. Ela é uma complicação rara caracterizada pela tríade clássica de otorreia purulenta, dor na área de inervação do nervo trigêmeo (V par craniano) e paralisia do nervo abducente (VI par craniano). A paralisia do músculo reto lateral do olho faz com que o paciente apresente estrabismo convergente no lado afetado. Além da sintomatologia característica, a confirmação diagnóstica da síndrome é feita com base em exames de tomografia computadorizada e ressonância magnética de mastoide e crânio, ideais para que se possa afastar complicações como abscessos cerebrais e trombose do seio cavernoso. Vale ressaltar que no caso descrito, além da Síndrome de Gradenigo, o paciente apresentou trombose de seio sigmóide associada. Atualmente, alguns pacientes vêm apresentando melhora clínica apenas com tratamento conservador com o uso de antibioticoterapia de amplo espectro, porém a intervenção cirúrgica é ainda realizada visando drenagem da secreção, a redução do processo infeccioso local e uma melhora clínica mais rápida.

Comentários finais: É importante para o médico otorrinolaringologista o conhecimento acerca dos sinais clássicos da Síndrome de Gradenigo visando diagnóstico precoce da patologia. A síndrome, como complicação rara das otites médias agudas ou crônicas com o avanço dos antibióticos, deve ser lembrada como diagnóstico diferencial quando há presença de dor facial, dor retro-ocular e acometimento do nervo abducente (estrabismo convergente).

Palavras-chave: síndrome de gradenigo; paralisia no nervo abducente; complicação.

ALARGAMENTO ENDOSCÓPICO DE GLOTE POSTERIOR COM ENXERTO DE COSTELA: RELATO DE CASO

Autor principal: CAMILA DE SANTA CRUZ SOUZA

Coautores: FABIANO BLEGGI GAVAZZONI, ELISE ZIMMERMANN MATHIAS, GUILHERME GUIMARAES SILVEIRA, IGOR MATHEUS ARAUJO DUARTE, MILENA SAYURI OTSUKI, FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI, DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH

Instituição: Hospital Pequeno Príncipe

Apresentação do caso: R.S, 3 anos portador de cardiopatia com história de duas cirurgias cardíacas prévias com um episódio de intubação orotraqueal prolongada (cerca de 20 dias). Paciente evoluiu com estridor bifásico no repouso e aos esforços associado a sinais de desconforto respiratório. Realizada endoscopia de via aérea em centro cirúrgico que evidenciou pregas vocais fixadas por estenose glótica e subglótica posterior, estando ambas em região paramediana estreitando a luz glótica em cerca de 80%. Realizado alargamento de glote e subglote posterior com enxerto endoscópico de costela sem intercorrências e em ventilação espontânea. Ao término da cirurgia, foi passado tubo orotraqueal 5.0 sem cuff com objetivo de permitir a fixação do enxerto. O pós-operatório imediato foi realizado em unidade intensiva com o paciente sedado e intubado por 5 dias. Paciente foi extubado no quinto dia de pós-operatório e evoluiu sem dispneia, sem estridor e com disfagia leve para líquidos. Foi prescrito budesonida inalatório e a avaliação realizada no centro cirúrgico no sétimo dia pós-operatório evidenciou bom espaço glótico e enxerto bem posicionado. Paciente recebeu alta sem estridor, sem desconforto respiratório, respirando em ar ambiente, com orientação de ingerir líquidos com cautela e de realizar nebulização com ciprofloxacino colírio por cinco dias após a alta. Paciente com programação de nova avaliação em centro cirúrgico trinta dias após a realização do procedimento.

Discussão: A intubação orotraqueal prolongada pode cursar com processo isquêmico, inflamatório e fibrótico no local da pressão exercida pelo tubo e pelo balonete, resultando na estenose subglótica. Entre os fatores de risco para seu desenvolvimento, destaca-se não só o tempo de intubação orotraqueal, mas também o diâmetro inadequado do tubo, história de múltiplas intubações, trauma na passagem da cânula, presença de balonete, infecção local, idade menor e alterações anatômicas prévias na via aérea. A estenose subglótica apresenta-se clinicamente com estridor bifásico (inspiratório e expiratório) associados ou não a sinais de desconforto respiratório, a depender do grau de estenose e que não se altera com a mudança de decúbito. A partir da suspeição clínica, se tem como padrão ouro a avaliação endoscópica da via aérea por laringoscopia direta em centro cirúrgico a fim do seu diagnóstico e dimensionamento. O tempo de instalação da estenose tem influência direta na escolha do tratamento. Em estenoses mais agudas e membranosas, pode-se utilizar técnicas de alargamento com balão de dilação ou aplicação de laser de CO₂. O tratamento torna-se mais complexo, devido ao alto risco de reestenose, nos casos de estenose de longa duração, sendo necessárias técnicas abertas ou endoscópicas. Entre as técnicas utilizadas para casos mais complexos está o alargamento glótico posterior com uso de cartilagem de costela. Também se pode utilizar cartilagem auricular ou tireóidea. É importante destacar que, além da técnica cirúrgica adequada, os cuidados operatórios são essenciais para o sucesso cirúrgico, como, manutenção da criança intubada e sedada nos primeiros dias pós-operatórios, o uso de corticoide inalatório e a avaliação regular do paciente.

Comentários finais: Com o avanço da assistência médica neonatal, as estenoses subglóticas estão cada vez mais prevalentes e aventam a importância de se instituir protocolos de extubação com brevidade e se necessário estabelecimento de via aérea definitiva por meio da traqueostomia (TQT) se não há previsão de restabelecimento de respiração espontânea. Deve-se buscar evitar o desenvolvimento da estenose subglótica que está associada, principalmente, ao trauma local progressivo de uma IOT prolongada. A técnica cirúrgica empregada deve ser individualizada e realizada por um profissional com domínio técnico em via aérea pediátrica.

Palavras-chave: estenose subglótica; tratamento endoscópico; intubação orotraqueal.

TCP96

OS DESAFIOS DO TRATAMENTO DO LINFANGIOMA ORBITÁRIO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**Autor principal:** CAMILA DE SANTA CRUZ SOUZA**Coautores:** IAN SELONKE, LEILA ROBERTA CRISIGIOVANNI, GUILHERME GUIMARAES SILVEIRA, ALINE FAYAD SANCHES, BRUNO CERON HARTMANN, PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA, DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH**Instituição:** Hospital Pequeno Príncipe

Apresentação do caso: Y.H.G, 6 anos de idade, sexo feminino, foi diagnosticada com linfangioma orbitário à direita aos 2 anos de idade e realizava acompanhamento conservador em hospital de origem. Foi internada após apresentar edema, proptose e equimose ocular a direita há 20 dias da admissão após esforço físico. Ao exame físico, apresentava equimose, proptose e edema orbitário acentuado, além de mobilidade ocular reduzida à direita. A Ressonância magnética evidenciava lesão expansiva cística multilobulada pós-septal predominantemente intraconal com componentes extraconais mediais à órbita direita que apresentava níveis líquido-líquido, além de lesão em plexo coróide à direita. Foi realizada embolização percutânea com a aplicação de escleroterapia com bleomicina (8 unidades) pela equipe da radiologia intervencionista, além da aspiração de 12ml de líquido hemático. Após o procedimento paciente evoluiu com regressão da proptose ocular, melhora da dor e da movimentação ocular, possibilitando o fechamento completo da pálpebra a direita. Paciente está em seguimento ambulatorial com programação de nova aplicação de escleroterapia.

Discussão: O linfangioma ou hamartoma vascular de origem linfática é uma lesão incomum que cresce entre tecidos normais, sendo mais característico quando há isolamento hemodinâmico, ou seja, sem relação com o sistema vascular arterial ou venoso. Em alguns casos pode haver comunicação com pequenos vasos que se rompem cursando com lesões císticas hemorrágicas, conhecidas como “cistos chocolate”. A depender da localização e da extensão das lesões orbitais, poderá apresentar sintomas compressivos, como proptose, ptose, restrição de movimentação ocular e, até mesmo, comprometimento da acuidade visual. A faixa etária pediátrica é a mais acometida, representando 75% das lesões entre o nascimento e a primeira década de vida. O diagnóstico deve ser baseado na história clínica, achados radiológicos típicos e laudo anatomopatológico. O acompanhamento clínico é uma opção nos casos em que a lesão não está causando sintomas limitantes, sofrimento pessoal e alteração visual. O tratamento cirúrgico é uma opção que pode causar repercussões importantes, já que a lesão se encontra adjacente a estruturas nobres e possui um alto índice de recidiva. A aplicação de substâncias esclerosantes, tratamento implementado no paciente em questão, é realizado guiado por ultrassom. Apesar de ser um procedimento minimamente invasivo, não se descartam os riscos associados, como sangramentos, infecções, danos a estruturas próximas, reação inflamatória e hipertensão ocular. Percebe-se que o tratamento do linfangioma orbitário é complexo e envolve uma grande variedade de abordagens, já que até o momento não existe uma terapêutica extremamente eficaz e segura.

Comentários finais: O linfangioma orbitário representa um desafio terapêutico para os especialistas, pois está localizado próximo de estruturas nobres e apresenta alto risco de complicações envolvidos no seu tratamento, além de elevado índice de recidiva. Mais estudos são necessários a respeito do tratamento e seguimento dos pacientes acometidos com esta doença.

Palavras-chave: linfangioma orbitário; escleroterapia; bleomicina.

TCP97

TROMBOSE DE SEIO SIGMOIDE SECUNDÁRIO À OTOMASTOIDITE AGUDA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**Autor principal:** CAMILA DE SANTA CRUZ SOUZA**Coautores:** TRISSIA MARIA FARAH VASSOLER, RODRIGO GUIMARAES PEREIRA, GUILHERME GUIMARAES SILVEIRA, JOANA LUÍZA ZIMMER, MILENA SAYURI OTSUKI, MARIA EMILIA FEITOSA BANDEIRA DE OLIVEIRA, GUSTAVO HENRIQUE DE GOES CAVALCANTI**Instituição:** Hospital Pequeno Príncipe

Apresentação do caso: A.G., 2 anos, história de sintomas gripais há 5 dias da admissão, evoluindo com otorreia, edema e hiperemia retroauricular à direita. Paciente sem comorbidades e sem história de infecções de repetição. Ao exame físico, edema e hiperemia retroauricular à direita sem ponto de flutuação. Foi optado por internar e iniciar ceftriaxone, clindamicina e corticoterapia endovenosos. Realizada tomografia de mastoide que evidenciou velamento das células mastoideas, aumento do volume de partes moles extracranianas periauriculares (sem coleção), além de erosão parcial da cortical óssea posterior associado a extensa falha de enchimento de seio sigmoide. Assim, foi realizada mastoidectomia fechada com envio de material para cultura associada a timpanotomia para tubo de ventilação 1021 à direita. Paciente persistiu com episódios de febre e com otorreia importante com expulsão do tubo de ventilação no segundo dia pós-operatório. O resultado da cultura da secreção evidenciou pneumococo resistente a clindamicina, sensível a doses elevadas de ceftriaxone e sensível à vancomicina. Optado por suspender clindamicina e iniciar vancomicina, além de realizar novo procedimento cirúrgico, 7 dias após a primeira abordagem cirúrgica, para limpeza da cavidade mastoidea e timpanotomia para colocação de novo tubo de ventilação 1021 à direita. Realizada angiorressonância que evidenciou trombose venosa na projeção dos seios transversos, sigmoide e veia jugular interna à direita. Discutido caso com a neurocirurgia que indicou iniciar anticoagulante profilático. Paciente evoluiu com melhora da otorreia, da hiperemia e abaulamento retroauricular e sem febre. Recebeu alta hospitalar em uso de enoxaparina profilática após 10 dias de vancomicina endovenosa para seguimento ambulatorial.

Discussão: A trombose do seio sigmoide é uma complicação rara e grave associada ao quadro de otomastoidite aguda e que pode estar associada a outras complicações intracranianas. Existe uma disseminação da infecção através de pequenas veias emissárias da mastoide ou através de uma deiscência na cortical óssea da mastoide. Na tomografia computadorizada é possível visualizar uma erosão no tegmen adjacente ao seio sigmoide, além do sinal do delta que é uma área de contraste de realce triangular que circunda uma área hipoatenuante na topografia do seio trombosado. A ressonância magnética é mais sensível para o diagnóstico da trombose do seio sigmoide. O tratamento de escolha, além da antibioticoterapia venosa com boa penetração no sistema nervoso central, depende da gravidade do quadro e vai desde timpanotomia para colocação de tubo de ventilação até a realização de uma timpanomastoidectomia. O uso de anticoagulante é controverso, mas deve ser considerado em pacientes pediátricos sem contraindicações absolutas.

Comentários finais: A trombose de seio sigmoide é uma patologia rara e de apresentação insidiosa que deve ser lembrada nos quadros de otomastoidite aguda. Apesar de ser um quadro grave, o prognóstico clínico é bom. Com o surgimento dos antibióticos e a melhora da sua eficácia, a sua incidência e mortalidade reduziram bastante.

Palavras-chave: trombose de seio sigmoide; otomastoidite; complicação.

TCP98

DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DE TUMOR ÓSSEO EM CABEÇA E PESCOÇO NA CRIANÇA: RELATO DE CASO**Autor principal:** CAMILA DE SANTA CRUZ SOUZA**Coautores:** IAN SELONKE, LEILA ROBERTA CRISIGIOVANNI, GUILHERME GUIMARAES SILVEIRA, IGOR MATHEUS ARAUJO DUARTE, ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA, BRUNA PUPO, DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH**Instituição:** Hospital Pequeno Príncipe

Apresentação do caso: P.H.C, 2 anos, com história de abaulamento em região paranasal a esquerda há cerca de oito meses da admissão. Ao exame físico, visualizado abaulamento em região paranasal a esquerda endurecido e bem delimitado. Sem sintomas sugestivos de rinossinusite aguda e sem outras queixas. Apresentava resultado de biópsia prévia inconclusiva realizada em outro serviço. Tomografia de seios da face evidenciava deformidade maxilar a esquerda com excrescência óssea anterior que envolvia o seio maxilar hipoplásico. Paciente foi submetido a nova biópsia via caldwell-luc que identificou proliferação fusocelular associado à infiltrado linfocitário moderado em meio a tecido ósseo com trabéculas espessadas com imunohistoquímica evidenciando proliferação miofibroblástica de baixo grau em tecido ósseo. Discutido caso com oncologia que não indicou tratamento adjuvante (radioterapia ou quimioterapia). Paciente em programação para exérese da lesão em centro cirúrgico.

Discussão: Os tumores ósseos na cabeça e pescoço são raros e tem os exames de imagem como base, principalmente a tomografia computadorizada e a ressonância magnética. Os fatores mais importantes na avaliação de um tumor ósseo é a idade do paciente e a morfologia da lesão na imagem, ou seja, se é uma lesão esclerótica ou osteolítica. Caso seja uma lesão osteolítica, é importante definir se os limites da lesão são bem definidos ou não. Além disso, é importante avaliar outros fatores como: a localização da lesão no esqueleto, se existe reação periosteal, destruição cortical ou calcificações na matriz. Para o diagnóstico de certeza, é imprescindível a avaliação anatomopatológica e imuno-histoquímica da lesão. A partir desta caracterização, é possível definir um plano terapêutico para o doente. Entre os tumores ósseos benignos tem-se o osteoma, osteoma osteóide, condroma, fibroma ossificante, granuloma de células gigantes e ameloblastoma. Na faixa etária pediátrica, adolescência e adultos jovens, o granuloma de células gigantes se sobressai, podendo ser bastante agressivo e associa-se ao hiperparatireoidismo. Apesar dos achados dos exames complementares do paciente em questão indicarem provável condição benigna, os dados foram inconclusivos, com necessidade de uma avaliação anatomopatológica adicional. Dos diagnósticos diferenciais, deve-se aventar e considerar os tumores ósseos malignos primários, como o osteossarcoma, condrossarcoma e sarcoma de Ewing. Na faixa etária mais jovem, o sarcoma de Ewing apesar de raro ocorre em mais de 80% em pacientes abaixo de vinte anos, associado a sintomas sistêmicos (febre, leucocitose, aumento de VHS), além dos achados locais.

Comentários finais: Os tumores ósseos em cabeça e pescoço são raros e ainda mais incomuns na faixa etária pediátrica. Trouxemos o presente caso em criança para elucidar a dificuldade no diagnóstico desses tumores, muitas vezes inconclusivos apesar dos exames complementares, necessitando de procedimentos cirúrgicos mais amplos para seu diagnóstico.

Palavras-chave: tumor ósseo; criança; diagnóstico diferencial.

Autor principal: CATARINA SOARES BARTASEVICIUS

Coautores: NATALIE EMY YVAMOTO, MIGUEL BOSENBECKER BÖHM, FERNANDA MARTINHO DOBRIANSKYJ, NICHOLLAS ANGELINI BOSI

Instituição: Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Apresentação do caso: T.H.S.B, sexo masculino, 10 anos, trazido para avaliação com equipe de Otorrinolaringologia de Hospital Terciário de São Paulo com antecedente pessoal de disfunção tubária em programação de colocação de tubo de ventilação em outro serviço e com quadro de otalgia à esquerda há 12 dias e abaulamento retroauricular há 8 dias, refratários a antibioticoterapia via oral e uso de ceftriaxone e clindamicina endovenosos há 2 dias sem melhora. Ao exame da orelha esquerda apresentava rechaçamento anterior de pavilhão auditivo externo, hiperemia e edema em região retroauricular associado a empastamento para região cervical e occipital ipsilaterais. À otoscopia visualizada secreção purulenta em meato acústico externo e membrana timpânica com perfuração central de 10% e debris epiteliais. À nasofibrosopia havia hiperemia e edema de cornetos médio e inferior com drenagem de secreção mucopurulenta por meato médio esquerdo. Realizada tomografia de seios da face que evidenciou preenchimento das células mastóideas por material hipoatenuante em antro e ouvido médio esquerdo com presença de erosão de parede lateral da mastóide e formação de abscesso subperiosteal, na região retroauricular mantinha contato com a porção superior do músculo esternocleidomastoideo ipsilateral. Realizada na urgência antrostomia seio maxilar esquerdo com drenagem de secreção purulenta associada a timpanomastoidectomia cavidade fechada com coleta de material para cultura e colocação de tubo de ventilação (TV) em perfuração em membrana timpânica esquerda. Paciente realizou término de antibioticoterapia endovenosa no serviço com melhora clínica e laboratorial completa, sendo posteriormente encaminhado para investigação imunológica.

Discussão: O abscesso de Bezold é uma complicação extracraniana de otites pouco frequente. Ele pode aparecer semana a meses do quadro infeccioso agudo que o gerou, sendo de difícil diagnóstico.

Decorre da ruptura da cortical da ponta da mastóide ao nível da ranhura digástrica, numa mastoide bem pneumatizada, por isso mais comum em adultos e raramente visto na população pediátrica como no caso relatado. São fatores de risco, nesta população, condições socioeconômicas desfavoráveis, frequentar creches e disfunção da tuba auditiva. (3)

Nosso paciente relatado acima apresentava disfunção tubária, mas como foi um caso atípico de um abscesso de Bezold na faixa pediátrica associado ainda a uma sinusite maxilar aguda ipsilateral, optado por além de colocar um TV, realizar investigação ambulatorial da imunidade.

Essa patologia apresenta alto risco de complicações intracranianas, cervicais e torácicas (2). No entanto, como foi realizada abordagem o mais breve possível associado a antibioticoterapia endovenosa complementar após, o paciente relatado acima evoluiu sem complicações e foi de alta em 7 dias do nosso serviço com término de tratamento em casa.

Comentários finais: O abscesso de Bezold apesar de ser uma patologia rara e muito mais prevalente nos adultos, é um diagnóstico que sempre deve ser considerado na avaliação de otite média complicada na população pediátrica para abordagem e tratamento o mais breve possível a fim de evitar complicações mais graves como mediastinite e morte.

Palavras-Chave: Bezold; complicações de otite; otorrinolaringologia.

TCP910

PSEUDO-ANEURISMA DE ARTÉRIA CARÓTIDA EXTERNA: COMPLICAÇÃO RARA DE AMIGDALECTOMIA - RELATO DE CASO**Autor principal:** ALEXANDRE VASCONCELOS DEZINCOURT**Coautores:** FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA, GIOVANA GOMES FERNANDES, RODRIGO LEMOS DA SILVA, CAMILA ARAUJO OLIVEIRA, LUÍSA CORRÊA JANAÚ, LORENA GONCALVES RODRIGUES, MAIRA RODRIGUES DE OLIVEIRA**Instituição:** Hospital Bettina Ferro de Souza - CHU/UFPA

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 12 anos, foi submetido a cirurgia de Adenoamigdalectomia em serviço de otorrinolaringologia. Em pós-operatório imediato, paciente evoluiu com sangramento proveniente de loja amigdalina esquerda, foi, então, realizado colocação de pó hemostático com contenção do sangramento; Paciente recebeu alta no 1º dia pós-operatório sem sangramentos. No 10º dia pós-operatório, paciente retorna com sangramento volumoso em cavidade oral de provável origem de loja amigdalina esquerda, apresentando dor local, astenia, febre relatada e prostração. No exame físico, mucosas encontravam-se hipocoradas 4+/4+, apresentava abaulamento e calor em região submandibular esquerda, não-pulsátil. Foi observado também presença de coágulo, hiperemia, edema, em região inferior de loja amigdalina esquerda. Paciente foi internado imediatamente, realizado estabilização clínica, hidratação e medicações sintomáticas, além de solicitação de exames laboratoriais e tomografia computadorizada de região cervical com contraste. Foi levantado hipóteses diagnósticas de fleimão ou abscesso cervical submandibular esquerdo e pseudo-aneurisma em loja amigdalina esquerda. Nos Resultados dos exames, notava-se hemoglobina de 4,5 g/dl e hematócrito de 13,1%; na tomografia de região cervical evidenciou presença de coleção, formando abscesso em região para-faríngea esquerda e presença de pseudoaneurisma de carótida externa próximo a loja amigdalina esquerda. Paciente recebeu dois concentrados de hemácias com nova hemoglobina de 6,3 mg/dl e foi encaminhado para serviço especializado de cirurgia vascular para realizar arteriografia para investigação topográfica de local de hemorragia e para tratamento com embolização arterial segmentar. Na angiotomografia, não foi observado lesões, abaulamentos ou ectasias em artérias carótidas comum, interna e externa; não foi identificação rotura ou borramentos em tecidos adjacentes. Durante internação, paciente evolui com melhora significativa do estado geral, mantendo-se estável, com sangramento de orofaringe de pequeno volume apenas nos primeiros dias no hospital, recebendo alta para seguimento ambulatorial no 21º dia pós-operatório. Por fim, paciente evoluiu com regressão de abaulamento em região submandibular, sem dor e sangramentos. ao mobilizar língua, nota-se desvio da mesma para a esquerda e dificuldade durante exteriorização máxima, além de redução da força e alteração na mastigação e fala, indicando provável lesão de nervo hipoglosso esquerdo.

Discussão: A amigdalectomia é um procedimento cirúrgico realizado de rotina em nosso meio. As principais complicações associadas a cirurgia são a desidratação e alteração respiratória. Complicações vasculares são provenientes de lesões cirúrgicas da carótida durante a o procedimento, e pode ainda causar dissecação do mesmo vaso, causando ou não sintomas neurológicos. A formação de pseudo-aneurisma após amigdalectomia é incomum, mas já foi relatada em artéria carótida interna; já os pseudo-aneurismas da artéria carótida externa são ainda mais raros devido à topografia anatômica desse vaso.

Usualmente, o tratamento dessas lesões tem sido cirúrgico, com dissecação e ligadura da artéria aferente e, se possível, ressecção do saco aneurismático. O paciente em questão foi submetido a angiografia que não demonstrou pseudo-aneurisma, devido, principalmente, ao tempo de pós-operatório tardio que o exame foi realizado, e não foi necessário realizar embolização do vaso. A paralisia de nervo hipoglosso esquerdo foi a seqüela que o paciente manteve, complicação incomum de uma amigdalectomia.

Comentários finais: A formação de pseudo-aneurisma de carótida externa como complicação de amigdalectomia é extremamente rara devido à localização anatômica dessa artéria que a protege de uma provável lesão, assim como a presença de paralisia de nervo hipoglosso. O caso em questão demonstra a importância de se conhecer as principais complicações relacionadas ao procedimento cirúrgico e a forma adequada de manejá-las para evitar maiores consequências para o paciente.

Palavras-chave: amigdalectomia; complicações; pseudo-aneurisma de carótida externa.

TCP911

INSUFICIÊNCIA DE VÁLVULA NASAL APÓS CAUTERIZAÇÃO AMBULATORIAL COM ATA EM CRIANÇA: RELATO DE CASO**Autor principal:** MARCELO ZUFFO PEREIRA BARRETTO**Coautores:** GILBERTO ULSON PIZARRO, MARÍLIA ALVES ARAÚJO FERREIRA, ANA BEATRIZ DE OLIVEIRA ASSIS, RODRIGO DOS SANTOS NEVES, IGOR NASCIMENTO BATISTA, MARLON SOUZA COELHO, ANA LUIZA FARIA DIAS**Instituição:** Hospital Paulista de Otorrinolaringologia

Apresentação do caso: HLVP, 6 anos, caucasiana, fez cauterização química devido a quadro de epistaxe há um mês, evoluiu com sinéquia em vestíbulo nasal à esquerda, desabamento de cartilagem alar inferior, associado a disfunção de válvula com piora importante de roncos e queixa estética. Foi submetida à rinosseptoplastia funcional com ressecção da sinéquia e colocação de dilatador nasal com sucesso na correção da assimetria e melhora dos roncos.

Discussão: A cauterização química do nariz com Ácido Tricloroacético (ATA) para controle da epistaxe, embora seja um procedimento seguro, pode evoluir com complicações, que embora raras, podem levar a um acometimento funcional para a fisiologia nasal, bem como um prejuízo estético importante.

A cauterização química é indicada quando é identificado um ponto de sangramento de pequena monta, geralmente com origem na região anterior do septo nasal, relacionada ao plexo de Kiesselbach. Deve-se ter cuidado para não deixar o ATA entrar em contato com nenhuma outra região da cavidade nasal que não esteja relacionada ao sangramento.

É essencial que se realize esse procedimento com a técnica adequada, se possível por profissionais experientes, e sob indicação clínica correta. As complicações descritas para esse procedimento vão desde falha no controle da epistaxe, formações de crostas, rinorreia, sinéquias nasais, e até mesmo perfuração septal.

Comentários finais: Após o procedimento de cauterização química do nariz, deve-se fazer um acompanhamento por curto período para manejo de complicações, podendo necessitar de abordagem cirúrgica o mais rápido possível para adequada correção do comprometimento funcional e estético relacionado à complicações, podendo ser considerado a utilização de dilatador nasal em caso de insuficiência de válvula nasal.

Palavras-chave: cauterização química; insuficiência de válvula nasal; sinéquia nasal.

TCP912

PAPILOMATOSE LARÍNGEA - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LARINGITE EM IDADE ESCOLAR: RELATO DE CASO.**Autor principal:** VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ**Coautores:** CAROLINA SARCINELLI SPINELLI, LAURA REGYNA TOFFOLI ROSO, LAURA KLEIN, LUCIANA PIMENTEL OPPERMANN, FERNANDO BARCELLOS DO AMARAL**Instituição:** Grupo Hospitalar Conceição

Apresentação do caso: W.A.A, 9 anos, asmático, com história prévia de quadros de laringite recorrente, busca atendimento em pronto atendimento da emergência de hospital terciário por queixa de dispneia de início recente. Ao exame físico na admissão apresentava sinais vitais estáveis e ausculta pulmonar, com presença de estridor, sibilos e discreta tiragem furcular. Frente a hipótese diagnóstica de laringite aguda associada à crise de asma foi prescrito prednisolona associada à nebulização com adrenalina e recebe alta com salbutamol spray. Paciente retorna à emergência após 5 dias devido persistência de queixas, por ausência de resposta aos resgates com salbutamol e nebulização com adrenalina foi internado para investigação em sua segunda avaliação. Exames laboratoriais e leucograma na internação sem alterações, radiografia tórax sem alterações e radiografia cervical com presença de obstrução de via aérea alta. Frente à alteração da radiografia foi solicitada avaliação da equipe da otorrinolaringologia, em exame físico apresentava estridor bifásico com esforço respiratório. Familiar quando questionada diretamente refere perceber disфонia progressiva há 3 meses em média. Realizada nasofibrolaringoscopia que demonstrou cavum livre, valécula e seios piriformes sem alterações, presença de lesões papilomatosas em região glótica causando obstrução importante da luz com aparente inserção em comissura anterior à direita. Indicada microcirurgia de laringe, visando desobstrução da via aérea, realizada intubação orotraqueal com C-MAC para procedimento, realizada exérese da lesão, optado por não remover as lesões da prega vocal esquerda para evitar sinéquias. Material enviado para anatomopatológico que confirma caso de papilomatose. Paciente teve alta hospitalar 2 dias após procedimento por apresentar melhora do padrão ventilatório. Atualmente paciente é acompanhado no ambulatório de otorrinolaringologia da instituição para programação de intervenções cirúrgicas subsequentes.

Discussão: O estridor é um sinal de comprometimento respiratório que afeta predominantemente a faixa etária pediátrica e representa o turbilhonamento de ar em uma via estreitada, podendo ser originado por causas congênitas ou adquiridas. A papilomatose respiratória recorrente tem a disфонia como principal sintoma, mas com progressão da doença surgem tosse, desconforto respiratório e estridor (inspiratório ou bifásico) e tem uma incidência de 1.7 - 2.6 casos a cada 100.000 crianças. Usualmente em pacientes de faixa etária escolar ao serem avaliados com estridor e tosse em pronto atendimento acabam por serem diagnosticados erroneamente com laringotraqueíte ou asma como mostra estudo retrospectivo de *Khul et al* no qual durante processo de investigação 30% dos pacientes recebem diagnóstico de asma e bronquite, mostrando a baixa suspeição clínica da papilomatose laríngea como diagnóstico diferencial. A forma juvenil (quando diagnóstico é firmado antes dos 14 anos) tem alto risco de recidiva e agressividade, grande parte dos pacientes serão submetidos a mais de uma intervenção cirúrgica, assim necessitando de acompanhamento ambulatorial periódico. Mesmo em casos de insuficiência ventilatória franca deve-se optar por traqueostomia somente como último recurso pelo alto risco de disseminação distal que o procedimento representa para os pacientes.

Comentários finais: Por meio do caso exposto destaca-se a importância da papilomatose laríngea como diagnóstico diferencial na avaliação das crianças com quadro de estridor, do contrário grande número de pacientes podem sofrer por diagnósticos clínicos e tratamentos inadequados, atrasando tratamento efetivo e levando a progressão da doença. Reforçando a necessidade de avaliação otorrinolaringológica com nasofibrolaringoscopia para pacientes pediátricos com queixa de estridor recorrente independente da faixa etária.

Palavras-chave: papilomatose; estridor; via aérea.

Autor principal: LUCIANA AGUIAR CARNEIRO ARAUJO

Coautores: LETICIA TEIXEIRA, GABRIELA ARAÚJO FERREIRA PIRES, LUDIMILA SOBREIRA SENA, LEONARDO ASSIS SILVESTRINI, FERNANDA COELHO ATAYDES SEABRA, LARISSA GOMES ESPINOSA

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

Apresentação do caso: H. L. F. O., paciente do sexo masculino, 3 anos de idade, com história de estridor durante o sono iniciado há 06 meses, com intensificação dos sintomas concomitante a um quadro de infecção de vias aéreas superiores (IVAS), associado a esforço respiratório e dessaturação, sem histórico prévio de eventos respiratórios ou estridor. Internado para investigação de causa, apresentou episódios de dessaturação durante o sono, mínimo de 62% em oxímetro, com necessidade de uso de oxigênio complementar.

Em endoscopia de via aérea foi encontrado adenoide de 70% e laringomalácia (LM) tipo 2 (classificação de Holinger modificado), associado à grande quantidade de secreção purulenta desde a cavidade nasal até a traqueia, compatível com rinossinusite aguda e traqueíte. A LM foi, inicialmente, atribuída a IVAS. Após o tratamento, houve melhora clínica e, inclusive, endoscópica da LM.

Após 2 meses, ainda havia persistência do estridor durante o sono associado a dessaturação. Foi, então, encaminhado para a sonoendoscopia, que diagnosticou LM induzida pelo sono.

Devido ao diagnóstico, foi realizada supraglotoplastia, com secção das pregas ariepiglóticas com redução de mucosa excedente em aritenoides, associada a adenoidectomia em maio de 2022. Posteriormente ao procedimento cirúrgico, paciente mantém sem estridor, apresentou melhora no padrão respiratório e ausência de dessaturação noturna. Mesmo em vigência de IVAS, permanece sem estridor, esforço respiratório ou queda da saturação ao sono.

Discussão: A LM é uma malformação congênita da laringe, que leva ao colapso interior das vias respiratórias supraglóticas durante a inspiração, levando à obstrução respiratória. É a causa mais comum de estridor inspiratório em lactentes. Normalmente, o estridor é exacerbado pela agitação, choro, alimentação, IVAS ou pela posição de decúbito dorsal, podendo estar associada a dificuldade na amamentação e consequente prejuízo no ganho de peso. A maioria dos casos de LM congênita tem evolução benigna. Os sintomas surgem em torno da segunda semana de vida da criança, tendem a piorar com 4 a 8 meses, melhoram entre 8 e 12 meses e apresentam resolução espontânea aproximadamente aos 02 anos de idade. O tratamento cirúrgico é indicado em pacientes que não apresentam evolução favorável, com repercussão sintomática grave, como baixo ganho de peso e retardo do crescimento, episódios de dessaturação associado a cianose. A cirurgia indicada para correção da LM é a supraglotoplastia.

Existe a Apresentação atípica da LM, com início dos sintomas após 02 anos de idade e sem outros fatores que a justifiquem, como doenças neuromusculares. A clínica nesta condição tende a ser distinta e o estridor inspiratório não é o sintoma principal, e, às vezes, pode não estar presente. A Apresentação clínica é alocada em subcategorias, relacionada a distúrbios alimentares, distúrbios do sono ou sintomas respiratórios induzidos por exercício. A conduta e o tratamento são semelhantes a LM congênita, porém, o maior desafio é o diagnóstico por ser em diferentes faixas etárias e possuir Apresentação clínica atípica.

No presente estudo, consta o relato de uma LM de início tardio, com Apresentação relacionada a um distúrbio do sono, a qual se apresentava com dessaturação no período noturno, sendo posteriormente confirmada após a sonoendoscopia.

O tratamento conservador da LM de início tardio não tem sucesso quando comparado a LM congênita. No entanto, quando é realizado a supraglotoplastia, o alívio dos sintomas em cada subgrupo de LM de início tardio confirma a LM como a fonte da doença.

Comentários finais: A LM de início tardio deve ser considerada como uma causa potencial de apneia do sono, dificuldades de alimentação e intolerância ao exercício em crianças com idade superior a 02 anos. O diagnóstico é suspeitado devido a clínica apresentada, confirmado com a endoscopia de vias aéreas e pode ser tratada com segurança e eficácia com a supraglotoplastia.

Palavras-chave: laringomalácia tardia; distúrbio do sono; supraglotoplastia.

TCP914

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE MEMBRANA LARÍNGEA EM CRIANÇA: RELATO DE CASO**Autor principal:** ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA**Coautores:** LAURO JOAO LOBO ALCANTARA, FABIANO BLEGGI GAVAZZONI, ELISE ZIMMERMANN MATHIAS, JULIANA BENTHIEN CAVICHILO, CAMILA DE SANTA CRUZ SOUZA, DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH, VICTÓRIA CENCI GUARIENTI**Instituição:** Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná

Apresentação do caso: M.J.M, 3 anos, sem comorbidades, nascido a termo de parto cesárea e sem intercorrências na gestação ou parto. Relato dos pais de alteração no padrão vocal desde o nascimento, apresentando rouquidão e voz constricta. Também referido leve esforço respiratório durante as atividades físicas. Negativa de disfagia e odinofagia. Em acompanhamento com otorrinolaringologista na sua cidade de origem, com diagnóstico presumido de malformação laríngea por micro web e fenda submucosa. Em exame de nasofibrolaringoscopia evidenciado membrana laríngea do tipo 2-3 (entre 50 e 75% de estenose). A partir daí com plano de endoscopia de via aérea por laringoscopia de suspensão para avaliar a real extensão da membrana laríngea, se do tipo 2 optado por cirurgia de ressecção e rebatimento de retalho e caso seja de tipo 3 programar o alargamento posterior com cartilagem costal.

Discussão: A laringe é uma estrutura complexa composta por vasos, músculos, nervos e nove cartilagens. Sua origem embriológica é endodérmica e mesenquimal. O epitélio laríngeo, traquéia e brônquios, assim como pulmões, são originados da endoderme. Já as cartilagens laríngeas e músculos intrínsecos originam-se mais especificamente do 4º e 6º arco faríngeo, advindos do mesênquima. Entre a 7ª e 10ª semana de gestação há uma oclusão temporária do lúmen da laringe, e em seguida há formação de recessos laterais nas paredes laríngeas, que são chamados de recessos faríngeos. Posteriormente, eles se diferenciam nas cordas vocais verdadeiras e falsas. Membrana laríngea congênita é uma anormalidade incomum, representando 5% das anormalidades da laringe ao nascimento. Se faz em decorrência da falha na recanalização da laringe primitiva, com permanência de tecido membranoso na região supraglótica, glótica e/ ou subglótica. Os sintomas e achados clínicos variam conforme a extensão dessa oclusão, desde disfonias até insuficiência respiratória. De acordo com a classificação de Cohen, são quatro subdivisões da obstrução do lúmen glótico: tipo I < 35%, tipo II 35-50%, tipo III 50-75% e tipo IV 75-90%. No paciente em questão, com diagnóstico de membrana laríngea aos 3 anos de idade, foi importante a observação da família aos sinais de disфонia e esforço respiratório aos esforços para levantamento da hipótese de comprometimento da luz laringo-traqueal. O exame laringoscópico é fundamental para a identificação dessa alteração estrutural, porém a videolaringoscopia de suspensão nos dá uma visão mais ampla da profundidade e extensão, determinando a abordagem cirúrgica.

Comentários finais: A membrana laríngea, resultante da falha de reabsorção do tecido epitelial que recobre a laringe entre a 7ª e 10ª semana gestacional, pode estar associada a outras malformações laríngeas, mas também endócrinas, cardíacas, gastrointestinais e dos órgãos reprodutores. É uma alteração estrutural com variadas apresentações, a depender da sua extensão, podendo trazer diagnósticos tardios em adultos. Assim como, quando muito sintomáticas, interferem na qualidade de vida e desenvolvimento das crianças e até mesmo podem representar um risco a sua vida, por possibilidade de comprometimento iminente da função ventilatória pulmonar a depender do esforço ou infecções de vias aéreas tão comuns nessa faixa etária.

Palavras-chave: membrana laríngea; disфонia; malformações laríngeas.

TCP915

OTOHEMATOMA EM NEONATO: UM RELATO DE CASO

Autor principal: GIOVANNA EMANUELLA PIFFER TANURI**Coautores:** MATHEUS SGARBI VERGACAS, GUILHERME HENRIQUE FERREIRA DAMASCENO, GUSTAVO DE SOUSA MORAIS, DIEGO SANCHES GALAVOTI GUSSON, LETICIA RODRIGUES MELO, PAULA MORTOZA LACERDA BEPPU, JULIA COELHO CYRIACO**Instituição:** HIORP

Apresentação do caso: Paciente D.E.A.S., sexo masculino, 45 dias, gemelar ectópico, nascido à termo, parto cesária, sem comorbidades relatadas (em investigação de uma possível imunodeficiência). Foi levado ao pronto-socorro da cidade de São José do Rio Preto pela mãe devido edema de pavilhão auricular bilateral. Durante anamnese, mãe relatou que lactente acordou com ambas orelhas edemaciadas e arroxeadas além de agitação e choro intenso, após ter dormido enrolado com cobertas e com as orelhas dobradas. Ao exame físico observou-se: apagamento dos sulcos naturais do pavilhão auricular, edema e equimose em região de Anti-Hélix e Escafa, bilateralmente. Após avaliação e diagnóstico de Otohematoma, foi realizado punção auricular pelo pediatra plantonista, porém, sem sucesso. Solicitado interconsulta da equipe de Otorrinolaringologia, que optou pela drenagem em ambiente cirúrgico. Foi realizado manejo cirúrgico aberto do hematoma auricular com incisão, evacuação e obliteração do espaço morto com curativo de Brown e suturas em colchoeiro, além de antibioticoterapia com Ciprofloxacino e corticoterapia com Prednisolona, apresentando bom resultado final.

Discussão: O Otohematoma ou Hematoma Auricular, é o acúmulo de sangue entre o pericôndrio e a cartilagem, consequência de traumas contusos na orelha externa. O mecanismo de lesão é classicamente descrito como a aplicação de uma força de cisalhamento ao pavilhão, com consequente descolamento da pele da cartilagem subjacente e acúmulo de sangue entre o pericôndrio e a cartilagem. Uma rede de vasos fornece um rico suprimento sanguíneo para a orelha, e a cartilagem da orelha recebe seus nutrientes do pericôndrio sobrejacente, sendo que, a diminuição de suprimento sanguíneo pode levar a necrose deste tecido. O Otohematoma é mais comum em adultos e praticantes de artes marciais de contato como Jiu-Jitsu e MMA. O seu diagnóstico é clínico e o manejo imediato do hematoma inclui a drenagem e a prevenção de recidivas com o uso de curativo compressivo local. Se não for tratado, um hematoma auricular pode resultar em complicações como pericondrite, infecção e necrose. A “orelha de couve-flor” ou Hematoma Subpericondrial, pode resultar da perda prolongada de suprimento sanguíneo para a cartilagem da orelha e da formação de neocartilagem a partir do pericôndrio rompido, podendo levar a sequelas irreversíveis.

Comentários finais: O Otoematomato é uma condição que requer manejo precoce e eficaz para prevenir a patogênese da inestética “orelha de couve-flor”. Ele deve ser suspeitado mesmo diante de um quadro atípico e o tratamento iniciado o mais precocemente possível, a fim de se evitar demais complicações. Este caso teve como objetivo apresentar a presença de Hematoma Auricular em neonato, um evento pouco frequente nesta faixa etária.

Palavras-chave: otohematoma; hematoma auricular; hematoma orelha externa.

TCP916

ESTENOSE SUBGLÓTICA DE APRESENTAÇÃO ATÍPICA: RELATO DE CASO

Autor principal: PATRICIA RAUBER

Coautores: LEONARDO ALBINO MEDEIROS, PAULA NIKOLAY, HENRIQUE CARVALHO, BRUNO SABEL, LAURA CARMINATI, JANAINA JACQUES

Instituição: Hospital Infantil Joana de Gusmão

Apresentação do caso: Paciente TWP, 6 anos, sexo masculino, internado em hospital pediátrico terciário devido suspeita de síndrome de Guillain Barré, permaneceu com intubação orotraqueal por 15 dias, neste período apresentou 5 falhas de extubação. Extubado sob visualização direta e evidenciado edema importante de pregas vocais e área friável na subglote. Aproximadamente 20 dias após, iniciou com estridor e dispneia, progressiva, aos pequenos esforços, dificuldade de realizar fisioterapia devido dispneia. À videolaringoscopia, evidenciado presença de estenose subglótica, dupla, orifício superior lateralizado para direita e orifício inferior lateralizado para esquerda, causando obstrução de 92% da luz, foi submetido a procedimento de dilatação com balão. Aproximadamente 50 dias após a primeira dilatação, paciente apresentou novamente quadro de dispneia progressiva. Repetido exame de videolaringoscopia, evidenciado reestenose dupla com obstrução de 75% da luz. Realizada nova dilatação com balão. Paciente segue em acompanhamento no serviço.

Discussão: Estenose subglótica é causa comum de estridor no lactente, causa frequente em pacientes com estridor e história de intubação prolongada. Estenose subglótica pode ser dividida em congênita e adquirida. É definida como estreitamento da luz da laringe, na altura da cartilagem cricoide, com 4 mm ou menos de diâmetro, em recém-nascido a termo. A estenose pode se estender para região glótica ou para a traqueia. Classificada de acordo com Cotton-Myer em estenose grau I (quando a obstrução é menor que 50% da luz da subglote), grau II (obstrução da luz entre 51 e 70%), grau III (entre 71 e 99%) e grau IV (quando a obstrução for completa). Geralmente apresentada como estenose única, raramente encontra-se estenose em alturas diferentes da laringe e traqueia. Estenose subglótica é diagnosticada através de exame endoscópico, a realização de nasofibroscopia flexível é útil para avaliar região supraglótica e glótica, porém limitada para subglote. A tomografia computadorizada é válida na avaliação da extensão da estenose, principalmente do sentido craniocaudal. Alguns fatores de risco para o desenvolvimento de estenose subglótica incluem tamanho do tubo orotraqueal inadequado, tempo de intubação prolongado, história de intubação traumática, número de intubações, subsedação, agitação e presença de outros agravantes locais associados. O tratamento deve ser individualizado. Podendo ser realizado através de dilatação com balão, ressecção com laser de CO₂, cirurgias abertas, entre outras.

Considerações Finais: Estenose subglótica é uma causa comum de estridor em pacientes com história de intubação prolongada na criança. Reforça-se a importância de reconhecer sinais e sintomas desta doença e do diagnóstico e manejo precoce vista a gravidade do caso.

TCP917

LINFOMA DE BURKITT NASAL EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

Autor principal: RODRIGO PÊGO FRANCO

Coautores: MARIA PAULA ANDRADE RODRIGUES MACHADO, CLARICE REIS DE OLIVEIRA, FERNANDA GOMES RESENDE, MATHEUS VICTOR RANGEL BARBOSA, SOFIA PEREIRA TIRONI, SÉRGIO EDRIANE REZENDE, CHENG T-PING

Instituição: Instituto de Otorrinolaringologia de Minas Gerais

Apresentação do caso: J. R. N, feminino, 07 anos, queixando surgimento de corpo estranho em fossa nasal direita há 17 dias, sem relato de perda ponderal ou sudorese noturna. Ao exame físico otorrinolaringológico, apresentava à rinoscopia: lesão arredondada com origem na cavidade nasal à direita, projetando-se para fora do vestibulo, com fibrina recobrendo porção medial e coriza abundante. Otoscopia, oroscopia e palpação de linfonodos cervicais sem alterações. Apresentava videonasofaringolaringoscopia com ótica flexível realizada há 03 meses com resultado normal. Tentou-se repetir o exame, porém o tamanho da lesão não possibilitou entrada do aparelho na fossa nasal estudada. Realizada tomografia computadorizada de seios da face apresentando lesão com densidade de partes moles ocupando toda fossa nasal direita, rechaçando a parede medial do seio maxilar, com intensa impregnação pelo meio de contraste. Criança não tolerou a realização de ressonância magnética. Foi submetida a cirurgia endonasal, com remoção da lesão e envio desta para análise. O estudo anatomopatológico evidenciou proliferação difusa de células pequenas, exibindo núcleos redondos e escasso citoplasma, com vários histiócitos, com aspecto de “céu estrelado”, compatível com linfoma não Hodgkin tipo Burkitt. O exame imuno-histoquímico evidenciou CD-20, Ki 67, CD-10, BCL 6, EBV positivos e P53 positividade irregular, confirmando o diagnóstico, que se apresentava em estágio II/R1. Foram realizadas sessões de quimioterapia com metotrexate, Ifosfamida, vincristina, dexametasona, mesna, citarabina e etoposide, com uso dessas em sessões diferentes. No momento, finalizou as sessões de quimioterapia, com regressão do quadro e sem sinais de novos focos neoplásicos.

Discussão: O linfoma de Burkitt é um tipo de linfoma de células B com alto grau de agressividade, dividido nos subtipos endêmico, esporádico e associado à imunodeficiências. Ocorre mais comumente em indivíduos do sexo masculino, nas primeiras décadas de vida. Geralmente afeta o trato gastrointestinal, anel de Waldeyer ou a pele, mas, em raros casos, podem acometer a região nasossinusal. Pode estar associado à infecção pelo vírus HIV e Epstein-Barr (EBV), quando associados à imunodeficiências.

O diagnóstico é feito através da anamnese e exame físico, associados a exames de imagem, estudo anatomopatológico e imuno-histoquímico. Esses últimos geralmente apresentando histiócitos com restos celulares sendo fagocitados. Podem apresentar positividade para CD10, CD20 e Ki-67.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com outros tipos de neoplasias, assim como de lesões possivelmente benignas da região nasossinusal, como pólipos, granulomas e papilomas.

O tratamento é realizado com quimioterapia, podendo antes ser realizada a ressecção cirúrgica da lesão. Para lesões de pior prognóstico, com a coinfeção pelo HIV, pode-se aventar a hipótese de associação com a radioterapia.

Comentários finais: O objetivo deste relato é demonstrar a importância de uma análise minuciosa de lesões da cavidade nasal, principalmente em crianças, visto a história atípica da paciente que não apresentava quadro clínico compatível com a neoplasia. O diagnóstico de Burkitt nasossinusal pode tender a ser postergado, devido à dificuldade de visualização direta da lesão, onde geralmente é diagnosticado em estágios mais avançados, característica mais comum às neoplasias de células B.

Palavras-chave: linfoma de Burkitt; cavidade nasal; criança.

TCP918

PARALISIA FACIAL NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**Autor principal:** GIOVANA MARIA FONTANA WEBER**Coautores:** LARISSA DE CAMARGO SUBTIL, BRUNA DUZ, JOHANNA MATIELE ASSMANN OSAIDA, GABRIEL GOMES FIGUEIREDO, GIOVANNA SEIBERT GONZATTI, CAROLINA DALL'ACQUA GOMES, INGRID WENDLAND SANTANNA**Instituição:** *Universidade de Santa Cruz do Sul***Objetivos:** Estudar a incidência, manifestação, etiologia e manejo das paralisias faciais na população pediátrica.**Métodos:** Foram selecionados, em agosto de 2022, artigos nas plataformas Pubmed, Scielo e Medline, por meio da associação entre os descritores “Facial Paralysis” e “child”, propostos pelo Decs/Mesh. Como critérios de inclusão, estabeleceu-se: artigos elaborados nos idiomas português e inglês, disponíveis em formato completo e datados a partir de 2018.**Resultados:** Foram encontrados 162 artigos com a pesquisa dos termos, e, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão de trabalhos repetidos, 5 artigos foram avaliados para elegibilidade e corresponderam a todos os objetivos da pesquisa.**Discussão:** A paralisia de Bell, neuropatia do sétimo par craniano (facial), é a causa de paralisia facial mais frequente em crianças de 1-15 anos, com uma incidência de cerca de 6,1: 100.000 casos por ano. Ela se caracteriza pela possibilidade de cursar com uma paralisia facial parcial ou completa unilateral, com início abrupto e com etiologia, na maioria dos casos, idiopática, dispondo de um bom prognóstico em mais de 70% desses. Em seguida, a segunda maior causa de paralisia facial infantil compreende o grupo das infecções, das quais a otite média aguda é a mais prevalente. Ademais, pode ser decorrente de trauma facial, porém, em crianças, o nervo facial raramente é lesionado, e quando é acometido, cursa com prognóstico insatisfatório, excetuando os casos de trauma perinatal, que se caracteriza por ser a causa mais comum de paralisia congênita do nervo facial, já que nessas situações normalmente cursa com desfechos favoráveis, tendo em vista que habitualmente ocorre o retorno de sua função. No tocante à abordagem terapêutica da paralisia facial em crianças, os exercícios de motricidade faciais são de suma importância na reabilitação desses pacientes, mas o prognóstico dependerá da etiologia e da gravidade do acometimento. Sendo que, na maior parte dos casos há reversão do quadro com o uso de medicações, que variam de acordo com a etiologia, com um adendo para a corticoterapia, cujo uso ainda é discutido. Assim sendo, a intervenção cirúrgica é realizada somente quando o tratamento medicamentoso é ineficaz ou em situações congênitas.**Conclusão:** Tendo em vista o exposto, é importante buscarmos continuamente conhecimento acerca da temática em questão, principalmente considerando a paralisia de Bell, tanto na sua forma completa como incompleta, já que é a causa mais comum de paralisia facial em crianças e que ainda cursa com lacunas no seu tratamento, tal como o uso da corticoterapia. Ademais, tal temática é tão importante já que é notável o quão a paralisia facial afeta negativamente o desenvolvimento infantil, uma vez que prejudica a linguagem, comunicação e interação social, e por isso impacta negativamente na qualidade de vida das crianças acometidas.**Palavras-chave:** paralisia facial; paralisia de bell; criança.

Autor principal: LUANA VIEIRA MARGHETI

Coautores: RITA CAROLINA POZZER KRUMENAUER PADOIN, RENATA LOSS DRUMMOND, JOSE FAIBES LUBIANCA NETO, BÁRBARA DUARTE SALGUEIRO, CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE, ARTUR KOERIG SCHUSTER, VITOR HUGO PEIJO GALERANI

Instituição: Instituto Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Apresentação do caso: T. T. L, 1 mês e 6 dias, nascido a termo por parto vaginal, gestação sem intercorrências, sem comorbidades. Paciente levado à emergência devido a quadro de estridor respiratório. Relato de que o ruído estava presente desde nascimento; intensificou-se, porém, nos 5 dias anteriores, quando passou a ser acompanhado de esforço respiratório, sintomas de IVAS e episódios de pausa ventilatória, motivo pelo qual foi levado à emergência pediátrica com solicitação de consultoria para equipe de otorrinolaringologia.

Ao exame: paciente acianótico, com esforço respiratório e roncocalar de via aérea alta, intercalando presença de estridor bifásico. Decidiu-se, então, por realização de nasofibrolaringoscopia em bloco cirúrgico, que constatou glossoptose grau I e diminuição expressiva do calibre de terço inferior da traquéia (com suspeita de compressão extrínseca, gerando dificuldade de progressão do aparelho), optando-se por não manipular pelo risco de obstrução. A equipe de otorrinolaringologia sugeriu a avaliação da equipe de cirurgia torácica da instituição e a solicitação de ecocardiograma, tendo este exame demonstrado função cardíaca normal e presença de duplo arco aórtico.

Após, a equipe de cirurgia vascular foi acionada e o exame de angiotomografia foi solicitado, dando-se início ao processo de planejamento de correção cirúrgica, que envolveu equipes da cirurgia vascular e torácica.

Discussão: O estridor é um som respiratório de tom variável, causado pela passagem anormal do ar durante a respiração e, muitas vezes, é o sinal mais exuberante de obstrução das vias aéreas superiores. Normalmente, o estridor é ouvido na inspiração (resultante de obstrução supraglótica ou glótica), mas também pode ocorrer na expiração (por obstrução no nível glótico ou abaixo e/ou obstrução grave das vias aéreas superiores). O estridor devido a anomalias congênitas pode existir desde o nascimento ou desenvolver-se dentro de dias, semanas ou meses.

Os anéis vasculares são anomalias congênitas do arco aórtico que levam à compressão da traqueia ou do esôfago e podem gerar uma série de sintomas respiratórios e gastrointestinais. Um anel com anatomia de arco aórtico duplo geralmente apresenta sintomas mais graves e, portanto, apresenta-se mais cedo do que outros anéis vasculares. sendo os sintomas respiratórios predominantes, com mais de 90% dos pacientes apresentando sintomas respiratórios em comparação com 40% que apresentam sintomas gastrointestinais. Devido a Apresentação mais frequente de sintomas respiratórios como únicos sintomas desta anomalia congênita, a broncoscopia pode ser o primeiro estudo diagnóstico no início da investigação, fornecendo informações úteis sobre a localização e o grau de compressão das vias aéreas, tendo o otorrinolaringologista a responsabilidade de encaminhar pacientes com suspeita de compressão extrínseca de vias aéreas ao especialista responsável pelo prosseguimento e correção destas anomalias.

Comentários finais: As doenças das vias aéreas superiores em recém-nascidos e lactentes podem ser desafiadoras em relação ao diagnóstico e tratamento.

É importante que o limiar de encaminhamento para médico especialista e atendimento em uma unidade terciária seja baixo devido ao grau de fatalidade que determinadas doenças possuem quando não tratadas com brevidade.

Palavras-chave: estridor; anel vascular; duplo arco aórtico.

TCP920

NUT MIDLINE CARCINOMA EM NASOFARINGE - UM RELATO DE CASO

Autor principal: VICTÓRIA DE CASTRO LEME

Coautores: BRUNA DE ALENCAR CUSTODIO LUPOLI, CAROLINA SPONCHIADO MIURA, FABIANA CARDOSO PEREIRA VALERA, FRANCESCA MAIA FARIA, EDWIN TAMASHIRO, WILMA TEREZINHA ANSELMO LIMA, GUSTAVO SANTOS BOASQUEVISQUE

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Usp - HCFMRP/USP

Apresentação do caso: Criança de 10 anos, sexo feminino, admitida no ambulatório de Rinologia do serviço de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto com quadro de epistaxes bilaterais recorrentes há um mês, associadas à cefaleia e assimetria facial.

Em exame de nasofibroscopia, foi visualizada massa nasal em meato médio direito. A tomografia computadorizada sem contraste mostrou destruição óssea e calcificações no interior. A ressonância magnética evidenciou lesão com hipersinal T2 com flow-voids (vasos calibrosos) no interior, realce heterogêneo, invadindo a órbita e com infiltração meníngea dural na região frontobasal (junto ao teto nasoetmoidal), medindo 4,7x4,3cm no plano axial.

O exame anatomopatológico da amostra colhida em centro cirúrgico teve resultado sugestivo de NUT midline carcinoma. Os cortes histológicos corados por H&E revelaram neoplasia epitelial maligna constituída por blocos de células coesas, com escasso citoplasma anfófilo, núcleos ovalados, contendo cromatina densa.

Nos blocos celulares há formação de ceratina. Padrão de crescimento infiltrativo, com estroma moderadamente fibrótico e neoformação óssea reacional. O estudo imuno-histoquímico das células neoplásicas foi positivo para AE1/AE3 (forte e difusa), p63 (forte e difusa), CK5/6 (focal), CD99 (citoplasmática, sem reforço de membrana) e FLI-1 (fraca e focal), e negativo para vimentina e p16. O estudo de biologia molecular pelo método de FISH (hibridização in situ cromogênica) para pesquisa de vírus Epstein-Barr (EBV) foi negativa.

Foi tratada com quimioterapia (vincristina, ciclofosfamida e doxo) e radioterapia, com regressão completa da lesão. Na última ressonância magnética apresentava sinais de recidiva, que foi descartada após biópsia. Atualmente realiza controle clínico com exames periódicos de nasofibroscopia.

Discussão: O NUT midline carcinoma (NMC) é uma forma rara de carcinoma de células escamosas, representando 7% deles, causada por uma mutação no gene NUT do cromossomo 15. É um tumor agressivo, pouco diferenciado e frequentemente acompanhado por metástases a distância via disseminação hematogênica.

Acreditava-se que a doença se restringia a estruturas da linha média e que a população mais acometida eram crianças, entretanto, atualmente há relatos de acometimento de outras estruturas como pâncreas, parótida, adrenal, rins e ossos.

A distribuição etária é extensa, sendo encontrada em pacientes de qualquer idade, predominando em adolescentes e adultos jovens. Não foram identificados fatores causais relacionados ao desenvolvimento do NMC, como tabagismo, toxinas, agentes infecciosos ou oncogenes como papilomavírus ou o vírus Epstein-Barr.

Suas células são monomórficas, pequenas ou médias com núcleo arredondado a oval, citoplasma claro e nucléolo proeminente. Na análise imunoistoquímica a maioria é positiva para p63 e todos são positivos para proteína NUT, sendo sua demonstração fundamental para o diagnóstico e, a recomendação atual é de que seja pesquisada em qualquer carcinoma pouco diferenciado de linha média em não fumantes, na ausência de HPV ou EBV, porém, pela baixa disponibilidade de testes, essa ainda é uma realidade distante.

Devido sua agressividade, grande parte dos pacientes é diagnosticada em estádios avançados e em parte deles com o desenvolvimento de metástases, mais comumente para linfonodos, ossos e pulmões.

A sobrevida média é de 6 meses, porém estudos demonstram um aumento nos casos de acometimento de cabeça e pescoço em comparação a doença torácica.

Ainda não existe um tratamento efetivo para o NMC, entretanto, a ressecção cirúrgica da lesão está associada a um aumento da sobrevida, sendo também indicado o uso de quimioterapia e radioterapia adjuvantes.

Comentários finais: O NUT midline carcinoma é uma entidade rara, agressiva e com baixas chances de cura e altos índices de recidiva, acometendo pessoas de todas as faixas etárias com predomínio em crianças, adolescentes e adultos jovens.

Há poucos dados na literatura a respeito da doença, diagnóstico e tratamento e, até o momento, o melhor tratamento combina ressecção cirúrgica com quimioterapia e radioterapia.

Palavras-chave: NUT midline carcinoma; neoplasia nasofaríngea; rinologia.

TCP921

**OTITE MÉDIA AGUDA TUBERCULOSA UNILATERAL COMPLICANDO COM NEUROTUBERCULOSE
- RELATO DE CASO****Autor principal:** CAROLINA SARCINELLI SPINELLI**Coautores:** FERNANDO BARCELLOS DO AMARAL, LAURA REGYNA TOFFOLI ROSO, LAURA KLEIN**Instituição:** Grupo Hospitalar Conceição

Apresentação do caso: A.P.F.T., feminina, 06 anos, indígena, em tratamento para Otite Média Aguda (OMA) com Amoxicilina-Clavulanato. No sétimo dia de tratamento apresentou rebaixamento de sensório e foi internada para investigação. A tomografia de crânio evidenciou dois nódulos levemente hiperdensos com realce após contraste predominantemente anelar associada a edema periférico, ipsilateral a OMA, mastoides não completamente veladas e sem sugerir lesões por contiguidade. As hipóteses de neurotuberculose e neurotoxoplasmose foram consideradas. Coleta de líquido cefalorraquidiano com evidência viral. Na avaliação da equipe da Otorrinolaringologia foi constatado OMA em ouvido esquerdo refratária ao tratamento e indicado miringotomia com colocação de tubo de ventilação. Cultural para BAAR de secreção de ouvido positiva e sensível a terapia convencional. Demais investigações: HIV negativo, RX de tórax normal e Montoux arreator. A paciente recebeu tratamento para neurotuberculose e antibioticoterapia por não poder excluir possibilidade de infecção bacteriana associada em mastoide esquerda. Apresentou oscilações de sensório e hemiparesia à esquerda as quais melhoraram progressivamente até condições de alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial.

Discussão: A otite média tuberculosa é rara como manifestação primária da tuberculose. Na região da cabeça e do pescoço se manifesta predominantemente na laringe e surge com uma frequência de 0,04-0,09% no ouvido. O quadro clínico é variável e insidioso. A tríade clássica é otorreia indolor, perfuração múltipla da membrana timpânica e paralisia facial. O diagnóstico depende de exames complementares como culturais de secreção e biopsia em ouvido acometido. O desenvolvimento de complicações e a ausência de resposta aos tratamentos convencionais é que nos fazem suspeitar da etiologia tuberculosa. O tratamento é realizado com terapia convencional para tuberculose e/ou cirúrgico.

Comentários finais: A otite média tuberculosa é rara e exige elevado nível de suspeição diagnóstica para se prevenir das possíveis complicações. Porém, uma vez instituído o tratamento adequado, a evolução do quadro é favorável.

Palavras-chave: otite média aguda; tuberculose; pediatria.

TCP922

RABDOMIOMA FETAL EM LACTENTE: UM RELATO DE CASO

Autor principal: JACQUELINE KUWAHARA ZOCANTE

Coautores: PAULA BELONE GARCIA, GUILHERME HENRIQUE FERREIRA DAMASCENO, MARIANA NEVES CERATTI, PAULA MORTOZA LACERDA BEPPU, VITÓRIA PERINOTTO DO NASCIMENTO, FELIPE LUCIO CORDEIRO FREITAS, MAYRA COELHO BOCOLI

Instituição: HIORP - Hospital Instituto de Otorrinolaringologia de Rio Preto

Apresentação do caso: Paciente OFL, 7 meses, feminino, compareceu em avaliação ambulatorial em Hospital de Otorrinolaringologia em São José do Rio Preto, acompanhada dos pais, com relato de lesão nodular em bordo lateral esquerdo de língua, aparentemente indolor, notada aos 3 meses de vida, com crescimento progressivo. Não houve relato de prejuízo de amamentação ou outros sintomas associados. Nascida de parto cesárea, com idade gestacional de 38 semanas e 5 dias; pré natal sem intercorrências. Devido a localização e crescimento da lesão, bem como idade da paciente, indicada conduta cirúrgica com biópsia excisional. A criança evoluiu bem em pós operatório e o anatomopatológico evidenciou rabdomioma do tipo fetal.

Discussão: O Rabdomioma é um tumor benigno derivado de musculatura esquelética de rara incidência, perfazendo em torno de 2% quando comparados aos rabdomiossarcomas. Segundo sua localização, classifica-se em cardíaco e extracardíaco, sendo este último mais raro ainda. Quanto a sua morfologia e clínica são divididos em subtipos: fetal, adulto e genital. O subtipo fetal, bastante raro, apresenta discreta predileção para o sexo masculino e localização mais comum em região de cabeça e pescoço. Em geral, constitui-se de massa nodular única ou polipoide, classicamente assintomática, porém, a depender da localização, podem ser notados sintomas compressivos, disfonia ou dificuldade na deglutição. Microscopicamente falando, apresentam certas características, como células alongadas e fusiformes de músculo esquelético, com abundante citoplasma acidofílico e sem atipias celulares ou atividade mitótica. O diagnóstico diferencial principal é o rabdomiossarcoma, além de outros tumores como de células granulares. O tratamento de escolha baseia-se na ressecção cirúrgica completa, com baixos níveis de recorrência; os relatos na literatura se deram devido a ressecção incompleta da lesão. Não há relatos de degeneração maligna ou metástases à distância.

Comentários finais: Rabdomiomas extracardíacos constituem lesão tumoral benigna extremamente rara, porém com tratamento cirúrgico efetivo e excelente prognóstico. O presente relato mostra a importância de se conhecer essas lesões e principalmente seus diagnósticos diferenciais para melhor manejo clínico e cirúrgico.

Palavras-chave: rabdomioma; fetal; tumor benigno.

TCP923 TUMOR DE PUFFY POTT: UM RELATO DE CASO**Autor principal:** PAULA CORDOVAL CAETANO**Coautores:** RODRIGO RIBEIRO FERREIRA DUARTE, MARCELA SOUZA BOLDT, ANA ELISA MOTA MAGALHÃES SANTANA, RODRIGO DE ANDRADE PEREIRA**Instituição:** IPSEMG - Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais

Apresentação do caso: M.R.J.C, 12 anos, previamente asmática em uso de Alenia, proveniente do interior de Minas Gerais, procurou serviço de urgência em Otorrinolaringologia devido febre, cefaléia, obstrução nasal com duração de cerca de 30 dias, sem melhora com uso de Amoxicilina com Clavulanato, Azitromicina, Prednisona e Loratadinaprescritos por médicos de sua cidade após 4 consultas realizadas neste período. Familiares referiram piora do estado geral, prostração e surgimento de tumefação em fronte, motivo pelo qual procuraram serviço da capital. A admissão verificou edema de região frontal, flutuante, associado a secreção purulenta em cavidade nasal esquerda. Realizado tomografia de seios da face e crânio que evidenciou: espessamento mucoso fronto-maxilo-etmoidal à esquerda com nível hidroaéreo em seio maxilar, obliterando parte de células do etmóide e do seio frontal, além de atenuação em osso frontal esquerdo, em contiguidade ao seio paranasal, com aparente coleção líquida extra-axial frontal. Avaliada pela neurologia que descartou acometimento de sistema nervoso central. Paciente foi então encaminhada ao bloco cirúrgico e submetida a sinusectomia fronto-maxilo-etmoidal esquerda via endonasal e drenagem de abscesso supero osteal com colocação de dreno de penrose. Observado abundante secreção purulenta e rarefação de osso frontal. Iniciado esquema antimicrobiano endovenoso com Clindamicina e Metronidazol. Secreção enviada para cultura não demonstrou crescimento de patógenos. Dreno retirado após 5 dias, após cessação de drenagem de secreção sero-hemática. Após 4 semanas de tratamento com antibioticoterapia venosa paciente recebeu alta em bom estado geral, sem sequelas, com orientação de uso de Amoxicilinae Clavulanato por mais duas semanas e controle ambulatorial com Pediatria, Infectologia Pediátrica e Otorrinolaringologia.

Discussão: O Tumor de Pott Puffy (TPP) é condição rara, advinda de complicação de sinusite frontal, caracterizada por osteomielite e abscessos subperiosteais. A faixa etária predominante é de adolescentes e adultos jovens e o principal sinal ao exame físico é a formação de tumefação frontal em contexto de infecção de vias aéreas. O diagnóstico é clínico, baseado em exame e anamnese, e auxiliado por exames de imagem como tomografia e ressonância. O tratamento é eminentemente cirúrgico com drenagem do abscesso e toaleta das cavidades, seguido de antibioticoterapia venosa de amplo espectro e duração prolongada, sugerindo-se 4-8 semanas. É comum cultura de secreção aspirada vir sem crescimento bacteriano quando terapia antimicrobiana já tiver sido empregada.

Comentários finais: Apesar de raro, o TPP pode levar a quadro graves quando não identificado e tratado prontamente. É necessário o rápido reconhecimento e suspeição da entidade pelo médico assistente para que correta propedêutica seja instituída e terapia adequada seja implementada, reduzindo, então, morbimortalidade desta sinusopatia complicada.

Palavras-chave: sinusite complicada, tumor puffy Pott.

TCP924

PAROTIDITE BACTERIANA NEONATAL: RELATO DE CASO

Autor principal: ISABELLA GONÇALVES PIERRI**Coautores:** NORIMAR HERNANDES DIAS, JOSÉ PAULO PINOTTI FERREIRA JUNIOR, EDUARDO MODENESI FELICIO, LUCAS YAMADA KUROSAKI, ANA BEATRIZ CARDOSO PEREIRA, ÁRTHUR UREL, MARESSA MARIA DE MEDEIROS MOREIRA**Instituição:** UNESP

Apresentação do caso: Recém-nascido pré-termo extremo, sexo masculino, com idade corrigida de 7 dias de vida, muito baixo peso ao nascer, diagnóstico prévio de choque séptico por pneumonia hospitalar tratada e citomegalovírus congênito, em uso de sonda orogástrica para alimentação. Apresentou eritema e edema pré-auriculares, com nodulação amolecida em região malar esquerda há 1 dia, associado a pico subfebril de 37,2°C, leucocitose com predomínio neutrofílico e US de partes moles evidenciando pequena coleção de 8,2cm³. Ao exame, apresentava eritema e edema endurecido difuso em topografia de parótida esquerda, com extensão até região malar, além de nodulação amolecida de aproximadamente 2cm de diâmetro. À oroscopia, visualizada saída de secreção purulenta pelo óstio do ducto de Stenon a esquerda durante expressão, observando-se redução do abaulamento em região malar, sugerindo que tal alteração fosse decorrente de acúmulo de secreção em trajeto do próprio ducto parotídeo. Coletado swab da secreção purulenta e enviado para cultura, com crescimento de *Serratia marcescens* sensível a gentamicina. Iniciada antibioticoterapia endovenosa com Oxacilina e Gentamicina, sendo suspenso o primeiro após resultado da cultura e mantido Gentamicina até completar 14 dias, além de realização de expressão manual parotídea e do ducto diariamente com drenagem da secreção até resolução do quadro.

Discussão: A parotidite bacteriana neonatal é uma doença rara e pouco descrita na literatura. Sua Apresentação mais comum se dá por quadros de febre, edema e eritema pré-auriculares, geralmente entre 7 e 14 dias de vida. É mais frequente no sexo masculino e está associada a alguns fatores predisponentes como prematuridade, baixo peso ao nascer, estase ou obstrução do ducto salivar, desidratação, traumatismos orais e uso de sondas orogástricas. O diagnóstico é clínico, e o achado ao exame de drenagem de secreção purulenta pelo ducto de Stenon é patognomônico da doença. A ultrassonografia consiste em método não invasivo, barato e útil para diagnósticos diferenciais. Os principais agentes etiológicos incluem o *Staphylococcus aureus* (mais comum), além de espécies de *Streptococcus*, *Escherichia coli* e bacilos gram negativos. A principal conduta terapêutica consiste na antibioticoterapia, com cobertura para *S. aureus* (penicilinas ou cefalosporinas de 1ª geração) associado a um aminoglicosídeo, até que se obtenha resultado de cultura da secreção purulenta para guiar o tratamento.

Comentários finais: Apesar de incomum na faixa etária neonatal, a parotidite bacteriana aguda em recém-nascidos deve ser identificada e tratada precocemente, devendo ser suspeitada em neonatos que apresentem sinais flogísticos em região pré-auricular. Atentar-se para os fatores predisponentes auxilia na suspeição da infecção, como ilustrado no caso em questão, em que o paciente apresentava dentre esses fatores: prematuridade, baixo peso, sonda orogástrica e sexo masculino.

Palavras-chave: parotidite bacteriana; parotidite supurativa; neonatal.

TCP925 EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA EM SERVIÇO CIRÚRGICO OTORRINOLARINGOLÓGICO

Autor principal: LETÍCIA MOREIRA DANTAS

Coautores: PAULO AUGUSTO MOREIRA MATOS, RODRIGO MOREIRA MATOS, LARISSA MOREIRA MATOS, MARINA MARIA GALVÃO PANTOJA, MARIA REGINA DAMASCENO DIAS, GLEICIANE MOREIRA DANTAS, DIEGO BRUNO BEZERRA BRITO

Instituição: Centro Universitários Christus

Objetivos: Entender a rotina de um otorrinolaringologista em um centro cirúrgico, bem como praticar os procedimentos técnicos realizados nesse ambiente e, através da experiência, entender as indicações de adenotonsilectomias em pacientes pediátricos, revisar estruturas anatômicas e aprender sobre o quadro clínico dos pacientes.

Metodologia: Estudantes de Medicina do 3º ao 5º semestre do curso realizaram visitas semanais ao centro cirúrgico do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), onde acompanharam um residente em otorrinolaringologia, em dias nos quais foram efetuadas adenotonsilectomias em crianças. Além disso, foi realizada uma Discussão entre o médico e os acadêmicos sobre os casos em que são indicados a realização desse tipo de procedimento, como funciona a cirurgia em questão, a anatomia e clínica relacionada, bem como sobre paramentação e instrumentação cirúrgica.

Resultados: Nas visitas dos estudantes de medicina ao hospital, foi explicada a dinâmica de funcionamento dos processos cirúrgicos desde a admissão do paciente no setor da otorrinolaringologia até a efetivação das operações. Houve a participação dos alunos no preenchimento dos documentos necessários para a autorização e descrição das cirurgias, além da análise de prontuários eletrônicos. Os alunos puderam verificar quais instrumentos seriam utilizados para cada procedimento, sendo capaz de distinguir a funcionalidade desses. Diante do cenário perioperatório, o estudante espectador fez a conduta antisséptica preconizada, com a lavagem das mãos e paramentação no centro cirúrgico. Foi permitida a participação segura dos alunos em alguns momentos estratégicos, possibilitando a aprendizagem das técnicas aplicadas nas adenotonsilectomias, como palpação da adenoide. Por fim, houve visitas aos pacientes operados com a cooperação dos acadêmicos na orientação do pós-operatório.

Discussão: As tonsilas palatinas, localizadas nas lojas amigdalíneas da orofaringe, são órgãos constituídos por aglomerados de tecido linfático, assim como as adenoides, localizadas na porção inicial da nasofaringe. As duas estruturas crescem à medida que o sistema imune se desenvolve, podendo haver progressão de volume, principalmente entre os três e sete anos de idade, podendo regredir durante a adolescência. Entretanto, em algumas crianças e jovens, as adenoides e amígdalas podem se tornar desproporcionais ou persistentemente inflamadas, com infecções constantes, diminuindo a sua capacidade de proteção e provocando alterações, como distúrbios respiratórios, distúrbios do sono ou infecções graves. Por isso, quando indicado o procedimento cirúrgico é a melhor forma de solucionar tal problemática.

Historicamente, a adenotonsilectomia é o procedimento mais realizado na otorrinolaringologia quando se trata do cenário pediátrico e consiste em um procedimento cirúrgico no qual as amígdalas e a adenoide são removidas para a erradicação de problemas associados à hipertrofia dessas estruturas, como distúrbios respiratórios do sono, tonsilites de repetição, neoplasias.

Durante a experiência, os alunos puderam aprender sobre como é feito o procedimento, suas indicações e seus Resultados, contribuindo para a aprendizagem de uma área ainda pouco discutida na graduação médica. Além disso vivenciaram um ambiente hospitalar, incluindo a paramentação cirúrgica, auxiliaram no processo de confecção de documentos e observaram todo o procedimento cirúrgico, reiterando a importância das atividades práticas na concretização do conhecimento médico. Tais experiências são de grande importância para estudantes de medicina, pois agregam conhecimentos prévios à vivência prática do curso.

Conclusão: Portanto, diante do relato dessa experiência enriquecedora para o desenvolvimento desses alunos em formação, na qual foi proporcionado um contato mais próximo com a realidade diária da prática médica, evidencia-se seu grande proveito e a importância da realização de vivências futuras na área da otorrinolaringologia.

TCP926

IMPACTO DA ESTRATÉGIA ADOTADA PARA REDUÇÃO DA EVASÃO DA TANU EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**Autor principal:** CAIO DE FREITAS MADRUGA**Coautores:** MARIA ELISA DA CUNHA RAMOS, ARMANDA DE OLIVEIRA PACHE DE FARIA, THAIS RODRIGUES FERREIRA, VICTOR BARRETO GARCIA, BEATRIZ VALLADARES TRAVASSOS, RAYANE DOS SANTOS MEIRELLES**Instituição:** *Universidade Federal Fluminense*

Objetivo: Elaboração e distribuição de folheto que esclareça quanto a perda auditiva neonatal, a necessidade da triagem auditiva com seguimento adequado, os indicadores de risco e sinais de alerta, além da análise do impacto destas informações no âmbito familiar.

Material e Métodos: Estudo transversal, descritivo, com mães de recém-nascidos em alta hospitalar na maternidade do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), consistente na distribuição de folheto informativo, ilustrado, com linguagem simples sobre a importância do diagnóstico precoce da perda auditiva através da Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU). Após a leitura do material, a genitora avaliou a aceitação e o entendimento sobre o folheto distribuído através de um questionário.

Resultados: Dentre as variáveis utilizadas através do questionário respondido pelas genitoras, cerca de 62,9% demonstraram que não sabiam do assunto antes de ler o panfleto e 100% relataram que fez alguma diferença na alta.

Discussão: A perda auditiva neonatal motiva medidas como triagem, reteste e continuidade de atenção em neonatos com indicadores de risco de perda auditiva, a fim de evitar danos irreversíveis no desenvolvimento infantil, tanto auditivo quanto linguístico. As recomendações internacionais demonstram que a efetividade da TANU acontece quando mais de 90% dos neonatos, que apresentaram falha inicialmente, retornam para reavaliação. Dentre os diversos fatores associados à evasão, é incontestável que o conhecimento sobre a TANU, tanto pela genitora quanto pelos familiares, é de suma importância para o sucesso do programa. A equipe multidisciplinar da Otorrinolaringologia do HUAP desenvolveu, através de materiais explicativos, uma estratégia de conscientização dos familiares no momento da alta hospitalar e no primeiro teste de triagem, em que mais de 80% dos entrevistados demonstraram-se satisfeitos e sensibilizados sobre o tema.

Conclusão: O estudo demonstrou boa aceitação do panfleto e sua eficácia como ferramenta na difusão das informações necessárias para diminuição da evasão dos neonatos no seguimento do programa, além de fornecer, através de linguagem mais acessível, bom entendimento sobre esta questão e divulgação dos fatores de risco para a perda auditiva neonatal e as causas de surdez no pós-parto e na gestação.

Palavras-chave: triagem auditiva neonatal universal; audição; perda auditiva.

TCP927

RELATO DE CASO: MASTOIDITE COMPLICADA COM TROMBOSE OTOGÊNICA DO SEIO VENOSO CEREBRAL.**Autor principal:** MARIA CLARA ARGOLO COSTA**Coautores:** MARIA PAULA ANDRADE RODRIGUES MACHADO, RODRIGO PÊGO FRANCO, CAMILA ISABELA RIBEIRO VIEIRA, JOÃO MARCOS BARCELOS SALES, CHENG T-PING, MARCONI JOSE DE ASSIS TEODORO, PAULO AUGUSTO KFURI ARAUJO**Instituição:** Hospital Socor

Apresentação do caso: Paciente sexo masculino, 3 anos de idade, foi admitido no pronto-socorro com otalgia esquerda há 1 mês. Usou previamente em casa amoxicilina com clavulanato via oral por 10 dias, sem melhora completa. Após a medicação, evoluiu com febre, otalgia, hipoacusia e sinais flogísticos em região mastoídea esquerda. Foi iniciado ceftriaxona venosa no hospital, mas evoluiu com estrabismo convergente à esquerda. A tomografia computadorizada do crânio mostrou aumento da densidade lateral do seio transversal esquerdo e a angiotomografia venosa de crânio mostrou trombose do seio venoso transversal e sigmoidal, associado a velamento de células mastoideas bilateralmente. A angiografia por ressonância magnética, evidenciou trombose do seio transversal esquerdo. Após confirmação do diagnóstico foi iniciada anticoagulação terapêutica com enoxaparina e realizada a miringotomia com drenagem de secreção purulenta. Na ocasião da alta o paciente estava com melhora completa da otalgia e em sua otoscopia não havia sinais flogísticos, secreção ou abaulamentos em membrana timpânica.

Discussão: A mastoidite aguda é a infecção bacteriana das células aeradas da mastóide, que ocorre durante ou logo após a otite média aguda. Pode ter como complicação rara, mas potencialmente grave, a formação de trombo no seio sigmoidal e/ou no seio transversal, podendo se estender para a veia jugular interna. Sua disseminação pode ser direta da orelha média e/ou mastoídea, ou hematogênica.

É necessário o acompanhamento clínico dos pacientes com mastoidite aguda pois os sinais e os sintomas iniciais das complicações podem ser sutis, e os desfechos, a depender da localização, podem ser graves. O acometimento da orelha média e da mastoide, pode evoluir com o envolvimento de estruturas da cavidade intracraniana, causando abscesso cerebral, paralisia facial, meningite, trombose de seio venoso cerebral e até óbito. A incidência de complicações agudas de otite média diminuiu desde a introdução dos antibióticos, mas diante da suspeição clínica, seja por persistência da dor e da febre, abaulamento e formação de fístula retroauricular e alterações neurológicas, os exames de imagem devem ser solicitados. Nos casos de trombose dos seios sigmoidal e transversal, a angio-ressonância é o exame de escolha, mas a tomografia computadorizada com contraste, embora tenha baixa sensibilidade, deve ser solicitada de forma complementar.

Em relação ao tratamento da trombose do seio sigmoidal e transversal, a antibioticoterapia oral é ineficaz. Os tratamentos cirúrgicos, incluindo trombectomia, ligadura da veia jugular interna são controversos e sem eficiência comprovada. A miringotomia e a mastoidectomia não são curativas, mas impedem a persistência da infecção como foco gerador da trombose e o desenvolvimento de complicações intracranianas graves.

Comentários finais: Este relato de caso tem como objetivo abordar sobre a Apresentação clínica para que ocorra uma suspeição diagnóstica precoce, além de uma correta investigação diagnóstica e manejo terapêutico mostrando seus aspectos controversos. Assim, aprimorando nosso conhecimento e consequentemente estimulando mais estudos a respeito do diagnóstico e terapia desta complicação rara.

Palavras-chave: mastoidite; trombose dos seios intracranianos; criança.

Autor principal: ISABEL SAORIN CONTE

Coautores: JOSE FAIBES LUBIANCA NETO, RITA CAROLINA POZZER KRUMENAUER PADOIN, RENATA LOSS DRUMMOND, BÁRBARA DUARTE SALGUEIRO, HEMILY IZABEL ALVES NEVES, LUANA VIEIRA MARGHETI

Instituição: Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Introdução: A paralisia bilateral de pregas vocais em crianças é uma condição rara, cuja Apresentação frequentemente implica em estridor inspiratório e insuficiência respiratória aguda, podendo exigir entubação ou traqueostomia de urgência.

Ainda considerada como padrão ouro, a traqueostomia traz grande impacto pessoal, bem como ônus social e financeiro para o paciente e ao sistema de saúde.

A lateralização de prega vocal por sutura (LPVS) consiste na fixação percutânea com sutura inabsorvível de uma das pregas vocais acometidas em posição lateral, sob visualização glótica direta por endoscopia ou microscopia, apresentando-se como uma técnica simples, reversível e com baixa morbidade associada, podendo poupar o paciente de uma traqueostomia, ou ainda possibilitar a decanulação.

Objetivos: Verificar os desfechos relacionados à respiração (resolução do estridor e taxa de decanulação), fonação (percepção subjetiva) e deglutição (progressão de dieta e ocorrência de engasgos).

Métodos: Foram incluídos pacientes pediátricos com paralisia bilateral de pregas vocais submetidos a LPVS no Hospital da Criança Santo Antônio (ISCMPA), sendo coletados dados relativos aos procedimentos e seus desfechos.

Resultados: Foram avaliados 6 pacientes com paralisia de prega vocal submetidos a LPVS. A amostra foi composta por 3 pacientes do sexo masculino e 3 do feminino. A idade do diagnóstico variou de 2 dias a 4 meses, sendo as sintomatologias principais, que justificaram a investigação de via aérea alta, a presença de esforço ventilatório e estridor.

O tempo de procedimento cirúrgico variou de 101 a 155 minutos. Não ocorreram intercorrências no intraoperatório. Para os dois primeiros pacientes que realizaram a LPVS nesta série de casos, foi optado pela intubação orotraqueal no pós-operatório imediato, devido a esforço respiratório leve e dessaturação. Os demais pacientes apresentaram estabilidade ventilatória, com saturação adequada e ausência de esforço, sendo ofertado O2 suplementar por cateter nasal com boa tolerância e desmame progressivo de oxigênio em menos de um dia.

Dos seis pacientes, apenas um necessitou de reintervenção cirúrgica por falha da técnica em duas tentativas de lateralização da prega vocal esquerda, porém com sucesso no terceiro procedimento realizado na prega contralateral. Não houve necessidade de novas intervenções para os outros pacientes, sendo realizados exames de seguimento com visualização da prega vocal esquerda lateralizada.

Com relação ao desfecho principal, 5 pacientes apresentaram evolução clínica favorável, com ventilação espontânea em ar ambiente e ausência de estridor ou esforço ventilatório, sem necessidade de traqueostomia. Um paciente, portador de hipoplasia traqueal com estenose de brônquio fonte direito estava em uso de traqueostomia no pré operatório, ainda apresentando falha à tentativa de decanulação e necessidade de confecção de traqueostomia.

Durante o período de acompanhamento, não foram realizados exames para avaliar objetivamente a deglutição e qualidade vocal dos pacientes. Inicialmente, no pós-operatório, todos receberam dieta via sonda com vistas a evitar disfagia e consequente broncoaspiração. Também, todos estiveram em acompanhamento com fonoaudiólogo, com vistas a propiciar progressão de dieta com segurança. Até a última avaliação, 3 pacientes estavam com dieta via oral plena e 3 permaneciam com sonda em progressão gradual de dieta. De forma subjetiva, foi observada disфонia moderada entre os pacientes.

Discussão e Conclusão: Consideramos a lateralização de prega vocal por sutura um procedimento seguro, eficaz, com baixa taxa de morbimortalidade e pouco associado a complicações imediatas ou tardias. No entanto, são necessários estudos com maior número de pacientes e desenho clínico controlado e randomizado para recomendar com mais segurança o procedimento na população pediátrica.

TCP929

CONSEQUÊNCIAS DA ALTERAÇÃO NO FATOR VII NO PÓS-OPERATÓRIO DE ADENOAMIGDALECTOMIA: RELATO DE CASO**Autor principal:** ANA PAULA DE SOUZA LIMA**Coautores:** LAURA GONÇALVES MOTA, MARCOS ANTONIO COMERIO FILHO, PALOMA DAS DORES COSTA, VITOR COSTA FEDELE, BRUNA FIGUEIRA BRAGA, RODRIGO BARRETO RODRIGUES CONDÉ, LANA PATRICIA SOUZA MOUTINHO**Instituição:** Hospital Naval Marcílio Dias

Apresentação do caso: Relato de caso de uma criança do sexo masculino, pardo, de 7 anos, veio encaminhado de outro serviço para avaliação e indicação cirúrgica devido a hipertrofia de adenoide e amígdalas repercutindo com amigdalites de repetição e roncocal com implicações na qualidade de vida. Após avaliação foi indicada cirurgia de Adenoidectomia e Amigdalectomia e realizada sem nenhuma intercorrência no intra-operatório. Após 7 dias de pós-operatório o paciente evoluiu com complicação de sangramento sendo necessário reabordagem em Centro Cirúrgico. Durante a nova internação foi detectada alteração de coagulação nos exames sendo realizado acompanhamento em conjunto com a Hematopediatria. Nos últimos exames laboratoriais feitos durante a nova internação o paciente apresentou diminuição da hemoglobina, Fator VII e Ferro Sérico.

Discussão: Adenoidectomia e amigdalectomia são as cirurgias mais frequentemente realizadas na prática otorrinolaringológica diária, tendo incidência principal sobre a população pediátrica. Uma vez reconhecido o importante papel e a elevada frequência desses procedimentos, são indispensáveis a realização de exames pré-operatórios para evitar as complicações e intercorrências que possam existir. Em geral, são procedimentos seguros, que não requerem internação prolongada. A hemorragia constitui uma das possibilidades de complicação pós-operatória e é considerada uma das mais frequentes e mais graves. Na investigação da causa da hemorragia apresentada no pós-operatório desse paciente foi identificado diminuição da hemoglobina, do fator VII e Ferro sérico. O Fator VII é uma glicoproteína sintetizada pelo fígado, dependente da vitamina K com importante papel na iniciação da coagulação sanguínea, pois sua forma ativada, em associação ao fator tissular, é responsável pela ativação dos fatores IX e X da coagulação. Sua deficiência pode ser congênita ou adquirida. Suas manifestações clínicas variam, desde formas assintomáticas, até sangramentos graves.

Comentários finais: Atualmente a adenoamigdalectomia é um procedimento seguro, com indicações precisas, porém não isento de complicações. Entre as complicações do intra e pós-operatórias, a hemorragia destaca-se como a mais frequente e que traz mais riscos à vida do paciente, portanto seu controle é imprescindível. O sangramento intra e pós-operatório pode ser minimizado por investigação de antecedentes pessoais e familiares de sangramento, suspensão com antecedência de medicamentos que alterem a coagulabilidade sanguínea ou agregação plaquetária e a solicitação de coagulograma. Portanto, a realização de exames pré-operatórios é essencial para que a cirurgia seja realizada de forma segura. A importância da solicitação e valorização de exames que avaliem a cascata da coagulação são relevantes para evitar casos como os do relato apresentado. Portanto, é imprescindível o conhecimento das indicações, da técnica e possíveis intercorrências da cirurgia para maior segurança do paciente de maneira que complicações como essa sejam evitadas.

Palavras-chave: tonsilectomia; complicações cirúrgicas; hemorragia.

TCP930

OBSTRUÇÃO NASAL EM PACIENTE PEDIÁTRICO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO**Autor principal:** YANE MELO DA SILVA SANTANA**Coautores:** BRUNA REBECA SANTANA VOLLRATH, ANDRE CAVALCANTE SARAIVA**Instituição:** Fundação Hospital Adriano Jorge – FHAJ

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 4 anos, sem comorbidades ou má formações prévias, procurou serviço de referência em otorrinolaringologia em Manaus-AM, acompanhado pela mãe. Referiram queixa desde o nascimento de obstrução nasal bilateral, respiração oral, roncos noturnos, dificuldade em manter o sono e esternutos/ prurido nasal esporádicos, com piora progressiva nos últimos meses. Na endoscopia nasal foi visualizada lesão avermelhada, escurecida, não pulsátil, firme, ocupando 70% da fossa nasal direita e com ausência do sinal de Fustenberg. A fossa nasal esquerda se encontrava estreitada, com desvio septal para a esquerda (efeito de massa). Na ressonância magnética de crânio evidenciou-se lesão expansiva com hiposinal em T1 e hipersinal heterogêneo em T2 e discreto realce ao contraste, medindo cerca de 1,8x1,8x2,3 cm ocupando fossa nasal direita. Associado a tomografia de face, não foi visualizado conexão com o sistema nervoso central. Com o diagnóstico de glioma nasal, paciente foi então encaminhado para abordagem cirúrgica da lesão.

Discussão: Defeitos na formação e crescimento do terço médio da face levam a uma variedade de malformações. Uma das anomalias congênitas são os gliomas nasais (também chamados de heterotopia glial nasal ou heterotopia neuroglial) que são tumores congênitos benignos de tecido glial ectópico que aparecem principalmente na população pediátrica, causando obstrução nasal, dificuldade na alimentação e deformidades estéticas nasais. Histologicamente, esses tumores da linha média são constituídos por células neurogliais astrocitárias entrelaçadas com tecido conjuntivo fibroso e vascular que é recoberto por pele ou mucosa respiratória nasal. Localizam-se na linha média e não têm conexão intracraniana patente. Podem ser externos, intranasais ou ambos. Acredita-se que seu desenvolvimento seja causado pelo fechamento defeituoso do neuroporo anterior. Clinicamente apresentam-se como nódulos firmes, indolores, cor da pele ou vermelho-azulado. A maioria dessas lesões surge da parede nasal lateral e causa obstrução nasal. Eles são frequentemente diagnosticados erroneamente como hemangiomas, mas não respondem às terapias padrão para hemangiomas infantis. Eles geralmente aparecem na proximidade da base do crânio e devem ser diferenciados de dermóides nasais, pólipos, encefalocelos e hemangiomas por características distintas de tomografia computadorizada e ressonância magnética. A excisão cirúrgica é o tratamento de eleição, já que a terapia tardia pode resultar em infecção ou anormalidades do septo e/ou osso nasal.

Comentários finais: Neste caso vemos um raro relato de uma massa congênita de linha média nasal, onde quando se trata dos gliomas nasais, a literatura de pacientes oriundos da Amazônia é mais escassa ainda. O conhecimento das características da lesão, associado aos achados no exame físico e nos exames de imagem, podem abreviar o diagnóstico e tratamento, evitando a deformação no osso nasal e extensão intracraniana severa.

Palavras-chave: otorrinopediatria; obstrução nasal; diagnóstico.

TCP931

RINOSSINUSITE AGUDA COMPLICADA COM ABSCESSO SUBPERIOSTEAL NA ÓRBITA EM PACIENTE PEDIÁTRICO.**Autor principal:** CAROLINA SARCINELLI SPINELLI**Coautores:** FERNANDO BARCELLOS DO AMARAL, LUCIANA PIMENTEL OPPERMAN, LAURA KLEIN, LAURA REGYNA TOFFOLI ROSO**Instituição:** Grupo Hospitalar Conceição

Apresentação do caso: Masculino, 2 anos, procurou emergência por edema, prurido e dor em olho direito há 3 dias. Havia procurado atendimento em sua região onde recebeu corticoide e anti-histamínico sem melhora. Após internação e início de oxacilina+ceftriaxone realizou avaliação oftalmológica e tomografia de órbitas, que evidenciava pequenas erosões na lâmina papirácea direita, com coleção extraconal pós-septal medial e superomedial da órbita direita de 2,2x1,1x1,2cm, além de velamento difuso de seios maxilares e etmoidais bilateralmente. Após avaliação otorrinolaringológica, sem melhora com antibioticoterapia, e sem possibilidade de avaliação da acuidade visual pelo edema e proptose, foi submetido à cirurgia endoscópica no mesmo dia e associado corticoterapia ao tratamento. Houve expressiva melhora com alta hospitalar no 11º dia de internação, totalizando 21 dias de tratamento. Contudo, 3 meses após, retornou com sintomatologia semelhante, mas em olho esquerdo. Iniciado novamente mesmo esquema terapêutico e realizado nova TC mantendo velamento difuso de seios paranasais, com coleção de 0,7x0,8x0,4cm extraconal pós-septal medial na órbita esquerda. Apresentava motricidade ocular preservada, sem queixa visual. Apresentou boa evolução clínica já no primeiro dia, sendo mantido tratamento conservador e recebendo alta, sem necessidade de procedimento cirúrgico, no 10º dia. Sem alterações imunológicas.

Discussão do Caso: A rinossinusite é uma doença potencialmente grave, que pode apresentar complicações, sendo a orbitária a mais comum, principalmente na 1ª-2ª década de vida. A tomografia computadorizada parece ser o exame de escolha para diagnóstico, classificação e acompanhamento. O tratamento se baseia em suporte clínico, antibioticoterapia, além das avaliações oftalmológicas e otorrinolaringológicas. A abordagem cirúrgica depende de critérios como evolução clínica, tamanho e localização da infecção, bem como da função visual do paciente.

Comentários finais: Destacamos caso de paciente com novo episódio de complicação orbitária por rinossinusite aguda, sendo obedecido um princípio comum de tratamento, porém com indicação cirúrgica de acordo com o quadro e evolução do paciente. Ressaltamos a importância do manejo multidisciplinar nesse caso.

Palavras-chave: rinossinusite aguda; pediatria; rinologia.

TCP932

INTERVENÇÃO COM ANTIMICROBIANO TÓPICO NASAL PARA PREVENÇÃO DE EPISTAXE RECORRENTE EM CRIANÇAS**Autor principal:** BRUNA ALMEIDA SILVA**Coautores:** RAYANE MARTINS DE OLIVEIRA, GILBERTO PINTO JANSEN PEREIRA FILHO, LEODMILA MARÍLIA BAPTISTA OCTÁVIO, LUIZ RICARDO DE ANDRADE, LUIGI FERREIRA E SILVA, CLAUDIO LUIZ LAZZARINI**Instituição:** UNISA Universidade Santo Amaro**Objetivo:** Avaliar a efetividade de antimicrobianos tópicos nasais para prevenção de epistaxes recorrentes em crianças.**Metodologia:** Trata-se de sinopse baseada em evidência. Procedeu-se à busca em 2 bancos eletrônicos de dados, sendo Cochrane (2022) e PUBMED (1966-2022) utilizando-se como Palavras-chave: “epistaxis or nose bleed, children, antiseptic cream”. Não houve limite geográfico e temporal para a estratégia de busca. Foram priorizados na seleção os artigos seguindo a pirâmide de nível de evidências, sendo revisão sistemática e ensaio clínico randomizado.**Resultados:** A estratégia de busca recuperou 20 citações, sendo 1 na Cochrane e 19 no PUBMED. Após eliminadas as duplicidades, foram elegidos 12 artigos, em consonância aos critérios de inclusão propostos, sendo 7 revisões sistemáticas e 5 ensaios clínicos.**Discussão:** A epistaxe em crianças tem diversas causas, entre elas, rinite, manipulação do nariz, teleangiectasias, distúrbios de coagulação e até causas mais graves como nasoangiofibroma. Naqueles casos recorrentes, há diversos estudos sobre o tratamento da condição, incluindo o uso de antibiótico tópico e avaliação da sua eficácia na prevenção de novos episódios de epistaxe além da frequência dos sangramentos nasais. A epistaxe recorrente acomete cerca de 9% de crianças e origina-se, normalmente, da região septal anterior (área de Little). Para classificação de epistaxe recorrente, a frequência dos sangramentos nasais variou de 6 vezes por dia a 1 vez por mês. O manejo dos casos depende da área acometida e da gravidade do sangramento. A maioria dos casos apresenta-se com sangramento pequeno, autolimitado e não necessita de intervenção médica. O restante dos casos pode exigir o tratamento com tampão nasal, cauterização de vasos aparentes, e uso de medicações tópicas. O antibiótico tópico, composto de clorexidina, neomicina ou ambos é um tratamento para a epistaxe recorrente em crianças, tendo em vista sua ação bactericida e capacidade de reduzir a crostas nasais que podem levar a sangramentos adicionais.

Em um dos estudos foi sugerido o uso tópico do antibiótico 2 vezes por dia em cada narina por 4 semanas com o objetivo da resolução completa das epistaxes (ausência de sangramento por 4 semanas). Concluiu-se que houve redução dos episódios (RR: 0.53 95% IC 0.31-0.91) em comparação com nenhum tratamento. Não houve diferença estatística na prevenção de novos episódios em comparação à cauterização com nitrato de prata. Outro estudo avaliou crianças que realizaram o mesmo tratamento com o creme em comparação a nenhum tratamento e observou-se uma redução do risco relativo de 47% para sangramento persistente (95% IC 9-69%) e uma redução do risco absoluto de 26% (95% IC 12-40%), dando um número necessário para tratar de 3,8 (95% IC 2,5-8,5).

Das crianças avaliadas a longo prazo, quando tratadas com antibiótico tópico, 66% tiveram sangramento contínuo cinco anos depois. Apesar da eficácia comprovada a curto prazo do creme de clorexidina-neomicina, não há benefício a longo prazo.

O restante dos estudos selecionados apresentaram Resultados inconclusivos, visto que compararam a eficácia do creme com a cauterização com nitrato de prata, não sendo possível a avaliação do antibiótico tópico isolado.

Os efeitos adversos observados nesse tipo de tratamento são reações cutâneas ocasionais, além do desconforto das crianças devido ao odor e sabor do creme.

Conclusão: A maioria dos artigos selecionados compara a eficácia do antibiótico tópico com outras medidas, como cauterização com nitrato de prata, uso de vaselina ou nenhuma intervenção. Parece haver algum benefício do uso de antibiótico tópico na prevenção da gravidade e frequência das epistaxes em crianças, a curto prazo, especialmente se combinado com outro método, como a cauterização com nitrato de prata. A longo prazo, não há evidência significativa de melhora. Entretanto, o nível de evidência é baixo e limitado, sendo recomendada a realização de novos ensaios clínicos randomizados de qualidade.**Palavras-chave:** epistaxe; crianças; antibiótico tópico.

TCP933

ALTERAÇÕES FACIAIS E REPERCUSSÃO AUDIOMÉTRICA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE GOLDENHAR: RELATO DE CASO**Autor principal:** TAMIRES APARECIDA ALVES BORGES**Coautores:** VICTOR JACOME SOARES MARTINS, HENRIQUE SANTOS FERNANDES, MANUELLA GOES DOS SANTOS RAPOSO, JULIA MARIA MASCARENHAS ALVARENGA, ANA PAULA DIAS FERNANDES, YANE FLÁVIA DE BARROS CURADO FLEURY, DANIEL ZUCOLLOTTI CANDEIAS**Instituição:** Hospital Federal da Lagoa

Apresentação do caso: Trata-se de paciente do sexo feminino de 9 anos de idade portadora da Síndrome de Goldenhar (espectro oculoauriculovertebral) encaminhada ao ambulatório de Otorrinolaringologia Pediátrica do Hospital Federal da Lagoa para triagem auditiva. Durante avaliação, percebeu-se que a paciente possuía anomalias na face, como assimetria facial, retração em região pré-auricular esquerda, estreitamento no conduto auditivo externo esquerdo, válvula nasal externa com retração à direita, língua hipotônica, mordida aberta anterior, palato atrésico, prognatismo e mordida cruzada. Na história patológica pregressa da paciente, foi possível identificar que a paciente já havia sido submetida à cirurgia para correção de anomalia anorretal, exérese de cisto dermóide em olho direito, de apêndices pré-auriculares e pólipos nasais. À audiometria, apresentou perda condutiva leve a moderada em orelha esquerda, curva B e ausência de reflexos acústicos neste mesmo lado, sendo posteriormente evidenciado a presença de cerúmen de difícil remoção à esquerda devido ao estreitamento de conduto, o que poderia justificar a alteração no exame audiométrico.

Discussão: A Síndrome de Goldenhar é uma herança multifatorial que tem como tríade clássica as alterações oculares, auriculares e vertebrais, podendo apresentar sinais sistêmicos, com anomalias cardíacas, renais e de sistema nervoso central. Ocorre a partir de uma disrupção vascular no embrião, o que impede a morfogênese correta das estruturas derivadas do primeiro e segundo arcos branquiais, resultando no quadro clínico presente ao nascimento. Esta doença é reconhecida como uma síndrome porque, além da disostose mandibulofacial, existe a presença adicional de anomalias vertebrais e dermóides epibulbares.

A associação não randômica entre as anomalias resultantes da falha do desenvolvimento das estruturas derivadas do primeiro e do segundo arco faríngeo, comprometendo a formação de estruturas craniofaciais, combinada às malformações extracraniofaciais, recebeu diferentes denominações ao longo do tempo. Atualmente, não está definido se a microsomia craniofacial (MCF), o espectro oculoauriculovertebral (OAVS), a microsomia hemifacial, a síndrome de Goldenhar e a sequência facio-aurículo-vertebral são síndromes distintas ou representam um espectro fenotípico da primeira.

O diagnóstico da síndrome é clínico e de exclusão. Apesar de não existirem critérios diagnósticos definidos, as malformações craniofaciais parecem ser mais relevantes. Entre essas alterações, está a microsomia hemifacial, resultante da hipoplasia assimétrica de estruturas da face e que pode ser reconhecida pela assimetria facial e pela hipoplasia mandibular e maxilar. A presença de apêndices pré-auriculares e as alterações de orelha externa, tais como a anotia e a microtia, também são consideradas essenciais.

Microsomia hemifacial e as displasias de pavilhão auricular estão presentes em 65% dos casos, tumores epibulbares e as cardiopatias congênitas em 50% dos casos, sendo a Tetralogia de Fallot a mais frequente. Até 30% dos pacientes apresentam alterações de coluna, variando desde espinha bífida e hemivértebra até fusão e hipoplasia vertebral. Em 5% ocorrem alterações renais e de traquéia. Estima-se que 5% a 10% tenham algum grau de deficiência mental, com ou sem alteração estrutural do sistema nervoso central.

Essa grande heterogeneidade fenotípica é responsável por uma variação na incidência de 1: 3.500-45.000. A Síndrome de Goldenhar é, depois das fendas orofaciais, a segunda causa de malformações de crânio e face. Ela apresenta discreto predomínio no sexo masculino (3: 2) e maior comprometimento unilateral, sobretudo à direita.

Comentários finais: A descrição do caso relatado encontra respaldo em dados disponíveis na literatura. A Síndrome de Goldenhar deve receber maior atenção por parte do médico Otorrinolaringologista acerca das alterações fenotípicas existentes visando o diagnóstico precoce e o acompanhamento multidisciplinar para facilitar intervenções que auxiliem no desenvolvimento global desses pacientes.

Palavras-chave: síndrome de Goldenhar; microsomia craniofacial; espectro oculoauriculovertebral.

TCP934

SÍNDROME BRANQUIO-OTORRENAL: UM RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**Autor principal:** CAMILA DE SANTA CRUZ SOUZA**Coautores:** RODRIGO GUIMARAES PEREIRA, TRISSIA MARIA FARAH VASSOLER, LAURO JOAO LOBO ALCANTARA, GUILHERME GUIMARAES SILVEIRA**Instituição:** Hospital Pequeno Príncipe

Apresentação do caso: C.K.S., seis anos, realizava acompanhamento por estreitamento de conduto auditivo externo à direita, malformação de pavilhão auricular e apêndice pré-auricular bilateralmente. Foi realizada audiometria tonal e vocal que evidenciou perda condutiva severa à esquerda e limiares auditivos normais à direita. Para dar continuidade à investigação foi solicitada tomografia computadorizada de mastoides que identificou sinais de malformações nas orelhas externa, média e interna bilateralmente com destaque para o achatamento da espira basal da cóclea com aspecto de “cóclea desenrolada” em ambas as orelhas, achado compatível com a Síndrome Otobraquio-Renal. Vale ressaltar que, paciente em questão não apresentava comprometimento renal, nem outras queixas além da auditiva. Foi solicitado exame genético que confirmou o diagnóstico da síndrome. Paciente fez uso de aparelho de vibração óssea em faixa flexível durante seu crescimento até que atingisse idade para indicação cirúrgica. Dessa forma, foi realizada cirurgia para implementação de prótese ancorada no osso com objetivo de reabilitar sua perda auditiva. Paciente segue em acompanhamento com as clínicas assistentes para acompanhamento da Síndrome Otobraquio-renal.

Discussão: A Síndrome Brânquio-Otorrenal (BOR) é uma doença genética de caráter autossômico dominante, relacionada a mutações em genes responsáveis pela organogênese humana, ou seja, a fase embrionária de formação dos folhetos germinativos. O principal gene envolvido é o EYA 1 que participa do desenvolvimento dos rins, arcos branquiais, olhos e ouvidos. A incidência da síndrome é de 1 para 40.000 nascidos vivos e o diagnóstico precoce pode acontecer através da identificação de sintomas otorrinolaringológicos como presença de fossetas pré-auriculares, perda auditiva e malformações de orelha externa, média e interna. No caso da paciente, alterações renais como hipoplasia não estavam presentes, porém ela ficará em acompanhamento para que seja possível diagnosticar precocemente alguma alteração caso surja futuramente. O conhecimento otorrinolaringológico contribui para a identificação de síndromes sistêmicas.

Comentários finais: O conhecimento acerca dos principais sinais clínicos da Síndrome Brânquio-Otorrenal é essencial para o médico otorrinolaringologista em formação visando realizar o diagnóstico de forma precoce e, consequentemente, permitir melhor prognóstico ao paciente. O aconselhamento genético familiar é a melhor forma de prevenção e também faz parte do tratamento. O uso de próteses auditivas ancoradas e demais sistemas auditivos é pilar essencial para o correto desenvolvimento da criança a longo prazo.

Palavras-chave: síndrome otobraquio-renal; perda auditiva; criança.

Autor principal: AMANDA TITZE HESSEL

Coautores: FABRICIO SCAPINI, MARIAH GIMENIS, ALOMA JACOBI DALLA LANA, ÉLISSON KRUG OLIVEIRA

Instituição: HUSM/UFMS

Apresentação do caso: Paciente D. C. D., 12 anos, previamente hígido, morador de área urbana, há 6 meses com queixa de tosse seca, perda ponderal e disфонia progressiva. Foi avaliado por otorrinolaringologista em sua cidade de origem e levantada hipótese de doença granulomatosa laríngea. Encaminhado ao nosso serviço para investigação, tendo em vista a preocupação de dificuldade de intubação traqueal para biópsia. Na história havia relato de contato há 4 anos atrás com indivíduo com tuberculose pulmonar que frequentava a residência da família. Ao exame laringoscópico, havia lesões de aspecto granulomatoso difusas em bandas vestibulares, aritenoides e pregas vocais, com indefinição de pregas ariepiglóticas. Tomografia de tórax com espessamento submucoso faringolaríngeo, sem lesões pulmonares. PCR sanguíneo para *Mycobacterium tuberculosis* e pesquisa de BAAR no escarro negativos para tuberculose. Prova tuberculínica elevada em 48 e 72 horas. Realizada biópsia de lesão supraglótica, com evidência de lesão granulomatosa sem necrose caseosa associada; pesquisa de BAAR e bacteriológico negativos na amostra; PCR *Mycobacterium tuberculosis* na biópsia detectado em níveis baixos. A partir do diagnóstico presuntivo de tuberculose laríngea, o paciente iniciou o tratamento medicamentoso específico e corticoide sistêmico por 6 meses. Apresentou melhora total de disфонia e melhora de aspecto das lesões granulomatosas supraglóticas e glóticas, recebendo alta ambulatorial após 6 meses de tratamento.

Discussão: Tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa granulomatosa crônica, produzida pelo *Mycobacterium tuberculosis*. A transmissão ocorre prevalentemente por via respiratória a partir de um indivíduo bacilífero. Na faixa pediátrica, o maior risco de exposição à tuberculose relaciona-se a alta prevalência da doença em uma comunidade, sendo os parentes de primeiro grau os de maior probabilidade de transmissão. A determinação da progressão da doença depende não só da idade da exposição, sendo os lactentes com maior risco de desenvolvimento da doença em relação a adolescentes, mas também do estado de imunocompetência da criança.

A forma extrapulmonar acomete cerca de 15% dos pacientes com tuberculose e a tuberculose laríngea (TL) é ainda mais rara, tendo diminuído de 25% para 1% dos casos no século XX, principalmente devido a vacinação, diagnóstico e tratamento precoces, e melhora nos padrões de vida da população. Os sintomas da tuberculose laríngea incluem disфонia, tosse, odinofagia e perda ponderal. Dispneia e estridor são apresentações mais raras e mais comuns na idade pediátrica. Estudos apontam como local mais afetado as verdadeiras pregas vocais, com achados laringoscópicos de lesões hipertróficas ou paralisia das mesmas. As falsas pregas vocais, a epiglote e as pregas aritenóideas também podem ser acometidas.

O diagnóstico de tuberculose laríngea requer exames complementares como exames bacteriológicos, moleculares e histopatológicos das amostras clínicas coletadas, além de exames de imagem. As crianças na maioria das vezes são paucibacilares, o que dificulta a detecção do *Mycobacterium tuberculosis*, sendo o tratamento iniciado com base na história clínica, sintomas e sinais clínicos e, quando possível, através de exame radiológico e prova tuberculínica. O tratamento consiste em um esquema medicamentoso de uso prolongado, e visa a cura do paciente e a redução da transmissão da infecção.

Comentários finais: A tuberculose laríngea é uma doença que deve ser sempre considerada em caso de lesões granulomatosas na laringe. A omissão da identificação de crianças infectadas retarda o diagnóstico e tratamento, consequentemente elevando o risco de progressão da doença, desenvolvimento de formas graves e reativação da tuberculose na idade adulta.

Palavras-chave: doença granulomatosa de laringe; tuberculose laríngea; tuberculose infantil.

TCP936

LARINGOMALÁCIA EM RECÉM NATO: UM RELATO DE CASO.

Autor principal: LARA PASCOUTTO SAMPAIO**Coautores:** GABRIEL AUGUSTO PINTO BARBOSA, JOAO PEDRO SAMPAIO VIEIRA, CRISTIAN KAEFER, FELIPPE MAGIOLLI LIMA, RAÍSA ARUME DE SOUZA, ANA CRISTINA COSTA MARTINS, AUGUSTO CESAR LIMA**Instituição:** *Septo PUC/RIO*

Apresentação do caso: Lactente à termo, 1 mês de vida, sexo feminino, com história de estridor inspiratório associado a esforço respiratório desde o nascimento. Devido piora progressiva do desconforto ventilatório, dificuldade para mamar e, conseqüentemente, perda de peso, buscou atendimento pediátrico necessitando de internação hospitalar para investigação. Ao exame, apresentava estridor inspiratório e tiragem intercostal em uso de oxigênio complementar. Exame de via aérea no leito (nasofibrolaingoscopia flexível) corroborou para o diagnóstico de laringomalácia, evidenciando epiglote alongada e retroposicionada, encurtamento das pregas ariepiglóticas, hipertrofia dos tecidos posteriores da laringe e difícil visualização de prega vocal. Iniciado manejo conservador do caso com uso de inibidor da bomba de próton para medidas antirrefluxo e observação clínica.

Após cerca de 15 dias de internação hospitalar, lactente progrediu com desnutrição (apesar do uso de sonda nasoentral), engasgos, broncoaspiração, dessaturação e esforço respiratório. Em razão à evolução desfavorável, tornou-se necessário intervenção cirúrgica com a supraglotoplastia.

Discussão: As anomalias congênitas laríngeas frequentemente manifestam-se com estridor, que é um sintoma ocasionado pelo turbilhonamento do ar por uma via aérea parcialmente obstruída e/ou estreita. Pode ser inspiratório, expiratório ou bifásico, dependendo da localização da obstrução da via aérea.

A laringomalácia é a malformação congênita laríngea mais comum, sendo a causa mais frequente de estridor inspiratório em lactentes. O método de escolha para avaliar a via aérea pediátrica será a endoscopia, que pode ser realizada ambulatorialmente com endoscópico flexível. Diante disso, o diagnóstico é estabelecido pela endoscopia respiratória, marcando-se por alterações anatômicas supraglóticas características. A intensidade do sintoma varia com grau de obstrução. Esses, normalmente aparecem entre a primeira e segunda semana de vida, com piora entre 4-8 meses e melhora entre 8-12 meses. Grande parte dos pacientes tem sintomas leves, podendo ser manejados de forma conservadora. No entanto, outros tem sintomas moderados, como: dificuldade de alimentação com déficit de crescimento, disfunção respiratória no sono, apnéias, dessaturação e cianose, podendo ser necessário intervenção cirúrgica.

A correção cirúrgica mais utilizada chama-se supraglotoplastia, em que se consiste na manipulação dos tecidos supraglóticos para reduzir a obstrução anatômica. A cirurgia é realizada sob anestesia geral e ventilação espontânea sem intubação orotraqueal, possibilitando excelente exposição para manipulação cirúrgica.

Comentários finais: Apesar de maioria dos casos terem uma evolução benigna, com melhora dos sintomas respiratórios até os 2 anos de idade, os impactos diagnósticos e o acompanhamento clínico destes pacientes deve ser retificado. Esse fato deve ser levado em consideração uma vez que, cerca de 10% destes lactentes podem evoluir com uma obstrução de via aérea grave, envolvendo uma série de complicações.

Palavras-chave: laringomalácia; otorrinolaringologia pediátrica.

Autor principal: CATARINA SOARES BARTASEVICIUS

Coautores: ISABELA HOHLENWERGER SCHETTINI, DIANA KEUN SOO KIM, MARIANA MOTA KERTZMAN, MATHEUS CUNHA FERREIRA CASTRO TOLENTINO, AMANDA ANDRE MONTEIRO, ANA CRISTINA KFOURI CAMARGO

Instituição: Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Apresentação do caso: Paciente E.L.A., feminina, 9 anos, apresentou, há 2 semanas, massa de crescimento rápido localizada em palato. Nega sintomas sistêmicos ou antecedentes pessoais relevantes. À oroscopia, visualizava-se massa em palato duro à direita de superfície irregular e aumento de vascularização local, à palpação, aspecto infiltrativo e endurecido. À nasofibrolaringoscopia, presença de abaulamento em palato mole à direita. Realizada tomografia computadorizada (TC) de seios da face: lesão expansiva/infiltrativa ocupando parede posterolateral direita da rinofaringe, espaço parafaríngeo e mastigador direitos. Feita biópsia em centro cirúrgico, com diagnóstico histopatológico de rabdomiossarcoma embrionário. Paciente foi encaminhada à Oncopediatria do serviço e realizou mielograma, TC e cintilografia óssea de corpo inteiro e para estadiamento e classificação de risco, aguardando ainda alguns Resultados para correta categorização. Foi indicada quimioterapia com Vincristina, Irinotecano, Dactinomicina, Ciclofosfamida e Ifofosfamida. Até o momento, a paciente fez uso dos dois primeiros associados a doxorrubicina (por falta do terceiro no serviço), com rápida regressão da lesão. Após 4 sessões de quimioterapia, a paciente já não apresentava nenhuma alteração oral e foi realizada uma nova nasofibroscopia que mostrou abaulamento residual em parede lateral direita, deslocando levemente palato mole medialmente. A paciente segue em quimioterapia, com previsão de tratamento por 53 semanas, com avaliação de tratamento local na 10ª semana.

Discussão: O rabdomiossarcoma é um tumor originário das células mesenquimais primitivas, sendo o terceiro tumor sólido fora do sistema nervoso central mais comum em crianças. Mais comum no sexo masculino e em afrodescendentes, apresenta pico de incidência aos 5 anos.

As localizações mais comuns são cabeça e pescoço, sistema geniturinário e extremidades. Os rabdomiossarcomas de cabeça e pescoço, podem ser divididos entre orbitários, não parameningeos e parameningeos, com pior prognóstico nesta ordem. As lesões costumam ser assintomáticas ou causar efeitos por ocuparem outras estruturas; as crianças não costumam apresentar sintomas sistêmicos.

O estadiamento é feito pelo TNM, de acordo com o tamanho e localização do tumor, presença de metástase linfonodal e à distância, sendo o local mais comum no pulmão, no momento do diagnóstico 15-25% das crianças já apresentam comprometimento em outros órgãos.

O tratamento é feito com quimioterapia neoadjuvante seguida de tratamento local com radioterapia ou extração cirúrgica do tumor quando possível.

O prognóstico de sobrevida em 5 anos é dependente de uma estratificação de risco que avalia possibilidade de ressecção total da lesão e presença de metástases linfonodais e a distância, e varia de 20%-83% de acordo com as características citadas.

Comentários finais: O diagnóstico diferencial de lesões na cavidade oral é amplo. Deve-se detalhar a história clínica e exame físico, uma vez que em casos de suspeita de malignidade a biópsia deve ser breve. Resultado histopatológico correto e estadiamento precoce são fundamentais para início de tratamento adequado, aumentando, deste modo, a de chance de sobrevida do paciente, principalmente em casos pediátricos.

Palavras-chave: rabdomiossarcoma embrionário; otorrinolaringologia; oncologia pediátrica.

TCP938

RABDOMIOSSARCOMA EMBRIONÁRIO DE LARINGE EM CRIANÇA - RELATO DE CASO

Autor principal: VINICIUS DE MORAES PALMA**Coautores:** NATALIA MIOLO, LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO, BRUNA DE ALENCAR CUSTODIO LUPOLI, CAROLINA SPONCHIADO MIURA, FRANCESCA MAIA WOIDA, GUSTAVO SANTOS BOASQUEVISQUE**Instituição:** Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto

Relato de caso: MVMN, 5 anos, sexo feminino, previamente hígida. Iniciou quadro de roncos, desconforto respiratório, dispneia e disfonia progressivos. Encaminhada para avaliação otorrinolaringológica com nasofibrolaringoscopia que evidenciou lesão de aspecto papilomatoso acometendo toda a laringe. Foi submetida à microcirurgia de laringe para exérese das lesões. O exame anátomo-patológico evidenciou lesão de aspecto polipoide com estroma linfóide e elementos esparsos, com algumas atipias aleatórias; na ocasião, não foi realizada imuno-histoquímica. Após o procedimento apresentou melhora parcial, porém meses após evoluiu com piora. Nova nasofibrolaringoscopia evidenciou lesão extensa na prega ariepiglótica esquerda com obstrução parcial da via aérea e a paciente foi encaminhada para o serviço de Otorrinolaringologia do HCRP. Na chegada apresentava disfonia e dispneia importantes. Foi indicada laringossuspensão diagnóstica e para desobstruir a via aérea em caráter de urgência. O achado intra-operatório foi de lesão com superfície de aspecto papilomatoso, acometendo toda a região pósterio-lateral esquerda da supraglote, de consistência endurecida e infiltrada. O exame anátomo-patológico evidenciou tratar-se de um rabdomiossarcoma embrionário. Os exames de imagem evidenciaram lesão expansiva nodular supraglótica bem delimitada, centrada na prega ariepiglótica esquerda, apresentando realce pelo meio de contraste, sem restrição à difusão medindo 2,5x1,8x2,4 cm. Realizada traqueostomia eletiva considerando a localização do tumor e a possibilidade de obstrução da via aérea. A quimioterapia foi iniciada no dia seguinte. Houve melhora progressiva do aspecto da lesão na nasofibrolaringoscopia de forma que foi realizada a decanulação cerca de um mês depois. A ressonância magnética de reestadiamento mostrou redução das dimensões da lesão. Além da quimioterapia, a paciente foi submetida a vinte e oito sessões de radioterapia com dose tumoral total de 5040cGy. A última avaliação com a Otorrinolaringologia foi realizada após a vigésima oitava semana de quimioterapia e mostrou apenas um espessamento na região da aritenóide e falsa prega à esquerda na topografia do tumor, sem qualquer outra alteração.

Discussão: Os sarcomas são responsáveis por cerca de 7% de todas as neoplasias malignas na infância sendo que o rabdomiossarcoma corresponde à metade desses casos. Apesar da raridade, é o tumor de partes moles mais comum na infância. No entanto, apenas 5% dos sarcomas estão localizados na cabeça e pescoço e apenas 1% dos cânceres de cabeça e pescoço são sarcomas. A paciente relatada apresentou sintomas condizentes com a forma laríngea: disfonia e dispneia lentamente progressivos, associado à lesão expansiva nodular supraglótica bem delimitada. Essa forma de Apresentação é incomum, tendo como subsítios tumorais frequentes na região da cabeça e pescoço: a órbita, os sítios parameningéus e, por fim, os sítios não-parameningéus. A laringe é afetada em menos de 3% dos casos de rabdomiossarcoma da região de cabeça e pescoço. De acordo com revisão sistemática recente, existem apenas 25 casos na faixa etária pediátrica documentados no mundo, sendo que nenhum deles teve ocorrência no Brasil. Frisa-se, portanto, a importância deste relato por descrever o primeiro caso de uma paciente pediátrica com rabdomiossarcoma de laringe no Brasil. Na literatura, a forma laríngea é relatada com bom prognóstico, provavelmente por conta do reconhecimento precoce e acessibilidade cirúrgica. O padrão ouro para confirmação diagnóstica é através do estudo anatomopatológico. O tratamento de escolha é a terapia multimodal com quimioterapia sistêmica, cirurgia e radioterapia.

Conclusão: Apesar de o rabdomiossarcoma ser o tumor de partes moles mais comum na infância e localizar-se preferencialmente nas regiões da cabeça e pescoço, o acometimento laríngeo é considerado raro. A necessidade de uma análise anatomopatológica e de imuno-histoquímica para o diagnóstico e classificação do subtipo é fundamental. O tratamento de escolha é multimodal com quimioterapia, cirurgia e radioterapia e deve ser individualizada.

Palavras-chave: rabdomiossarcoma; laringe; criança.

TCP939

DISPLASIA ECTODÉRMICA ANIDRÓTICA ASSOCIADA A RINITE ATRÓFICA

Autor principal: YASMIM PEREIRA GONÇALVES**Coautores:** GUSTAVO CEDRO SOUZA, ROSANA DUARTE LUZ, GABRIEL MARCELO REGO DE PAULA, GABRIEL NEVES FARIAS, ISOLDA CARVALHO DE SANTANA, IEDA CARVALHO DE MELO, JOÃO PRUDENCIO DA COSTA NETO**Instituição:** Hospital Veredas

Apresentação do caso: Criança, sexo masculino, 3 anos, nascido a termo, parto cesárea, realizado reanimação neonatal e permanência na uti cerca de 29 dias. Desde os primeiros dias de vida a mãe percebeu que ele apresentava obstrução nasal, formação abundante de crostas e secreção com odor fétido bilateral. Iniciou também quadro de febre quando exposto ao calor. Os sintomas só aliviavam ao dar banho na criança em água fria. O diagnóstico de displasia ectodérmica anidrótica foi realizado quando estava com 3 meses de idade. Tinha sinais de anidrose, ressecamento de pele, hipotricose, hipodontia e outras características faciais distintas como lábios grossos e evertidos. Faz acompanhamento com odontopediatra, otorrinolaringologista e geneticista. Não há outro caso semelhante na família. Na história pregressa possui sopro cardíaco em tratamento com furosemida desde o nascimento. Ao realizar exame de vídeo em fossa nasal nota-se presença de crosta e ressecamento de mucosa, além de ausência de vibrissas. Realiza-se, então, diagnóstico de rinite atrófica. Foi prescrito gel nasal, corticoide tópico e lavagem nasal diária com melhora substancial do quadro. É acompanhado semestralmente no serviço de otorrinolaringologia do hospital veredas em Maceió.

Discussão: A displasia ectodérmica anidrótica é uma doença hereditária rara que surge por defeitos congênitos em duas ou mais estruturas ectodérmicas como dentes, cabelos, glândulas sudoríparas. Existem mais de 150 variantes de displasia ectodérmica relatados na literatura. Os pacientes com esse distúrbio genético podem evoluir com quadro de rinite atrófica, epistaxe, infecções de vias aéreas superiores e otites recorrentes, faringite, laringite, disфонia como quadros crônicos. É necessário seguimento do médico otorrinolaringologista para melhor tratamento.

Comentários finais: As displasias ectodérmicas são doenças genéticas que chegam ao consultório do especialista e é de suma importância que os profissionais atuantes estejam familiarizados com essa afecção para que possam orientar a família e fazer acompanhamento conjunto com as outras especialidades.

Palavras-chave: displasia ectodérmica anidrótica; rinite atrófica; displasia ectodérmica.

TCP940

GRANULOMA PIOGÊNICO E NEOPLASIA MESENQUIMAL ATÍPICA: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE MASSA NASAL**Autor principal:** JULIANA PAULINO DO AMARAL**Coautores:** VICTORIA LIMA TISEO, RUTE ROCHA SANTOS, LÍVIA FERRAZ DE ALMEIDA CYRINO, JULIANO DE ALENCAR VASCONCELOS, EDMIR AMERICO LOURENCO, SIMONE NAOMI ISUKA, VIVIANE CRISTINA MARTORI**Instituição:** Faculdade de Medicina de Jundiaí

Caso Clínico: Paciente feminina, 11 anos, comparece ao pronto atendimento relata aparecimento de lesão em fossa nasal esquerda, com aumento progressivo, dolorosa, com saída de secreção purulenta e episódios de sangramento ipsilateral autolimitado há um mês. Não apresentava histórico de trauma ou manipulação cirúrgica prévia. Negou comorbidades ou uso de medicações recentes. À rinoscopia: lesão pediculada, ulcerada, de base larga, não sangrante, com 1,5cm em área II de septo nasal a esquerda. À nasofibrolaringoscopia, confirmando aspecto da lesão do exame físico e descartado demais lesões sincrônicas. Optou-se pela biópsia excisional da lesão, com margem de segurança. No pós operatório, paciente evoluiu com sinequias entre região septal e concha nasal inferior, sendo desfeitas ambulatorialmente. O resultado do anatomopatológico evidenciou neoplasia mesenquimal atípica em arranjo estoriforme com 7 mitoses/CGA, necrosada, ulcerada e vascularizada. Foi então solicitada imuno-histoquímica da amostra que revelou hemangioma capilar lobular (granuloma piogênico) sem sinais de malignidade, negativo para HHV-8. A paciente evoluiu sem recidivas ou novas queixas no seguimento ambulatorial por um ano.

Discussão: O hemangioma capilar lobular ou granuloma piogênico é um tumor vascular benigno de pele ou mucosa com rápido crescimento e tendência ao sangramento. Sua etiologia permanece desconhecida, porém algumas teorias sugerem a presença de um irritante local responsável pelo desequilíbrio entre fatores angiogênicos e antiangiogênicos implicados na rápida proliferação de capilares frágeis. O trauma é descrito como um gatilho para o aparecimento da lesão, embora apenas 7 a 13% dos pacientes o relatem. Além disso, o uso de drogas como corticoides sistêmicos, medicações receptoras do fator de crescimento epidérmico e inibidores de tirosina quinase, tratamentos com laser, malformações vasculares congênitas e fatores hormonais são descritos na patogênese da doença. Apesar de sua natureza benigna, o diagnóstico histológico é importante para descartar outras condições como o hemangioma, tumor glômico, verruga comum, melanoma amelanótico, carcinoma celular escamoso, carcinoma celular basal e sarcoma de kaposi. Na literatura, é descrita uma margem de erro de até 18% para o diagnóstico. A tendência a ulcerações recorrentes e a necrose tecidual podem ser a causa para esse falseamento, reforçando a importância de relatar tais casos para a comunidade médica. É consenso a excisão cirúrgica da lesão como opção terapêutica de escolha. Essa modalidade permite obtenção de material para análise anatomopatológica e imuno-histoquímica, redução dos sintomas associados, prevenção de complicações e ainda menor recidiva. Outras opções descritas são o tratamento tópico com Imiquimod a 5%, crioterapia, injeção intralesional de corticoides, laser de CO₂. O tratamento expectante pode ser considerado pela possibilidade de regressão espontânea em alguns pacientes. Vale descrever que o granuloma piogênico pode causar ansiedade no paciente, familiares e profissionais de saúde não familiarizados com o quadro, principalmente pela tendência ao sangramento, rápido crescimento da lesão e incidência em crianças e gestantes. Esse fato corrobora a opção pelo tratamento cirúrgico da lesão, exclusão de outros diagnósticos críticos e o conhecimento adequado dessa condição pelos diversos profissionais que esse paciente pode vir a procurar.

Comentários Finais: o granuloma piogênico de mucosa nasal é um diagnóstico que deve ser considerado pelo otorrinolaringologista pela sua prevalência em regiões de cabeça e pescoço. Em alguns casos pode ocorrer regressão espontânea, porém sua investigação e tratamento são importantes para descartar diagnósticos diferenciais, evitar complicações e prevenir recidivas. A análise anatomopatológica geralmente é assertiva, porém a complementação imuno-histoquímica, Apresentação clínica e evolução da doença podem ser peças chave para fechar o diagnóstico dessa condição, principalmente nos casos em que a ulceração e necrose podem falsear resultado maligno, como ocorreu no presente caso.

Palavras-chave: granuloma piogênico; neoplasia mesenquimal atípica; epistaxe.

TCP941

NEUROFIBROMATOSE TIPO 2 COM REPERCUSSÕES OTONEUROLÓGICAS EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO**Autor principal:** AMANDA TITZE HESSEL**Coautores:** MARIANA ZAGO DE MORAES, MARIAH GIMENIS, EDUARDO BIAGINI PORTO, ALOMA JACOBI DALLA LANA, ÉLISSON KRUG OLIVEIRA, LANA TEODORO DE SIQUEIRA NETO**Instituição:** HUSM/UFSM

Apresentação do caso: Paciente feminina, 14 anos, interna em hospital terciário para investigação de quadro de ataxia, vertigem, cefaleia holocraniana e nódulo supraclavicular esquerdo de surgimento há 1 ano. História prévia estrabismo divergente e coloboma em olho direito, e perda auditiva em ouvido direito progressiva, sem investigação prévia. Ao exame físico, presença de manchas hipocrômicas e hiperocrômicas em todo o corpo, referidas pela mãe desde o nascimento; e lesão pedunculada em couro cabeludo. Realizadas RM e TC de crânio, nas quais foram evidenciadas lesões nodulares de aspecto indeterminado, de 1,2x,7x,8 no seio cavernoso esquerdo, de 8x,6x,6 no meato acústico interno e de 4,1 x 3,2x 3,1 no vermis cerebelar, lesões essas sugestivas de schwannoma. Biópsia linfonodal supraclavicular com evidência de schwannoma.

Em avaliação otorrinolaringológica, paciente apresentava nistagmo horizontal espontâneo e relação index-nariz alterada. Avaliação de potenciais evocados de tronco encefálico (BERA) evidenciando perda auditiva do tipo neurossensorial, indicando provável compressão do nervo vestibulo coclear a nível de tronco encefálico. A partir das alterações sindrômicas apresentadas pela paciente, aventado e posteriormente confirmado o diagnóstico de neurofibromatose tipo 2.

Discussão: Neurofibromatose do tipo 2 é uma doença genética autossômica dominante rara que causa a perda de produção de *moesin-ezrin-radixin-like*, proteína de membrana que tem função supressora tumoral e é associada a numerosos tumores do sistema nervoso central como schwannomas, meningiomas e ependimomas. A incidência é de cerca de 1: 50.000, sendo que em cerca de metade dos casos não há história familiar de neurofibromatose do tipo 2. As manifestações clínicas da doença dependem muito da localização, e do efeito de massa dos tumores, sendo comuns alterações auditivas, visuais, de deglutição e de marcha. A maioria dos pacientes apresenta perda auditiva pelo acometimento do 8 par de nervos cranianos pelos schwannomas, ocorrendo de maneira inicialmente unilateral e podendo ser acompanhada ou precedida por vertigem.

Comentários finais: O manejo do paciente com neurofibromatose do tipo 2 tem como foco diminuir o impacto das limitações funcionais causadas pela doença e é feito por meio de equipe multidisciplinar, buscando a adaptação do paciente com ferramentas como aparelhos auditivos, implante coclear, leitura labial e uso da língua de sinais. O rastreio é feito por exames de imagens anuais ou semestrais. A abordagem dos tumores é principalmente cirúrgica, apesar de apresentar altos índices recidivantes em tumores sintomáticos. A radiocirurgia estereotáctica é outro tratamento que tem ganhado espaço como uma alternativa à intervenção cirúrgica. Tendo em vista a gravidade e a característica recidivante da doença, mesmo com as terapias disponíveis, manter algumas funções, como a audição, pode não ser possível, devido ao difícil manejo da progressão do quadro.

Palavras-chave: neurofibromatose tipo 2; perda auditiva neurossensorial; vertigem.

TCP942

MANIFESTAÇÃO OTORRINOLARINGOLÓGICA NA SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO: RARO RELATO DE CASO**Autor principal:** MAÍRA SOARES TORRES**Coautores:** LUCAS MARCONDES SPEGIORIN, MARIANA CATA PRETA DE BARROS, MARCUS VINÍCIUS FARIA SILVA, LORRANE CAROLINE BRAGA RODRIGUES, MARIANA MOREIRA DE CASTRO DENARO, ISAMARA SIMAS DE OLIVEIRA PENA**Instituição:** Hospital das Clínicas da UFMG

Apresentação do caso: Trata-se de criança, do sexo masculino, com passado de múltiplas internações na instituição, desde os 2 anos de idade, com quadro multissistêmico progressivo sem diagnóstico de base, com provas inflamatórias flutuantes e inconsistentes, em uso de corticoide sistêmico e inibidor de Janus Kinase (JAK). Evoluindo com otalgia e otorreia súbitas em ouvido esquerdo aos 07 anos de idade. Ao exame, a criança apresentava necrose do conduto auditivo externo, tragus e porção medial do lóbulo esquerdo, além de cicatrizes lineares hipertróficas em todo o corpo, fibrose corneana, retração palpebral bilaterais, acuidade visual de percepção de cores e sinéquia em comissura labial esquerda. Foi realizado desbridamento cirúrgico de urgência, coleta de material para cultura e, em Discussão multidisciplinar, optado por realização de curativos com corticoide tópico e uso de antibioticoterapia tópica pelo crescimento de *Staphylococcus saprophyticus* em cultura. Dois meses após o primeiro episódio, a criança retornou com história de intensa otalgia à esquerda há 01 dia, apresentando, novamente, necrose em ouvido externo esquerdo. Foram indicadas internação e abordagem de urgência, porém a mãe da criança recusou a internação imediata, optando por levá-la para casa para prepará-la para a internação. Cinco horas após a indicação da internação, a criança foi admitida no Pronto Atendimento da instituição, apresentando necrose de condutos auditivos externos, conchas, tragus, lóbulos e anti-hélices bilateralmente. Foi realizado desbridamento de urgência e coleta de material para cultura. A cultura revelou crescimento de *Staphylococcus saprophyticus* novamente. A infecção persistente pelo mesmo patógeno consistiu em indicação para a suspensão do inibidor de JAK. Em menos de 24 horas após a retirada do medicamento, a criança evoluiu com necrose circular em couro cabeludo e novas necroses em pavilhões auriculares. Optado por novo desbridamento e envio de material para exame anátomo-patológico, que evidenciou áreas necróticas associadas a tampão fibrinoleucocitário com necrose de cartilagem hialina e sem sinais de vasculite ou especificidade no material examinado, desfavorecendo a possibilidade de vasculite, sugerindo considerar outras causas como lesões por queimaduras ou produtos químicos. Diante da suspeita de lesão factícia por procuração, a criança foi mantida em internação hospitalar e foram acionadas as equipes de Psiquiatria, Serviço Social e o Conselho Tutelar. Após prolongada internação sem novas intercorrências, a criança recebeu alta sob os cuidados da mãe, em acompanhamento do Serviço Social e do Conselho Tutelar, com avaliações ambulatoriais frequentes por diversas equipes, incluindo a Otorrinolaringologia. Cerca de três meses após a alta, a criança apresentou morte súbita, em seu domicílio. A necrópsia foi inconclusiva.

Discussão: A Síndrome de Munchausen por procuração (SMPP) é uma condição na qual o cuidador sabidamente provoca, aumenta ou induz doença em seu dependente. O acometimento pode ser multissistêmico. A incidência é baixa, acometendo cerca de 0,5/100.000 crianças por ano, porém acredita-se que a doença seja subnotificada. Apesar de infrequente, a patologia apresenta taxa de 6% de mortalidade e alta taxa de morbidade. Na Otorrinolaringologia, 80% dos casos de Transtorno Factício Imposto a Outro envolvem o ouvido, principalmente acometendo o conduto auditivo externo.

Comentários finais: Apresentações atípicas, apresentando evoluções inesperadas, devem sempre gerar suspeição por parte dos médicos envolvidos. O trabalho multidisciplinar é fundamental para o diagnóstico e abordagem da patologia.

Palavras-chave: síndrome de Munchausen por procuração; transtorno factício; violência infantil.

TCP943

OCORRÊNCIA DE LARINGOTRAQUETITE DURANTE A INTERNAÇÃO DE PACIENTE PEDIÁTRICO: UM RELATO DE CASO**Autor principal:** VITÓRIA PERINOTTO DO NASCIMENTO**Instituição:** HIORP

Apresentação do caso: Relatar o caso de um paciente que passou por adenoamigdalectomia e turbinectomia que apresentou laringotraqueite pós extubação e precisou ser reinternado com quadro de febre fuçando 3 dias na unidade de terapia intensiva e 2 na enfermaria.

Discussão: Paciente de 1 ano, sexo masculino, nega alergias, com peso de 8kg, evoluiu com quadro de laringotraqueite e febre, 24 horas após realização de procedimento cirúrgico. Foi atendido na Santa Casa da Fernandópolis e encaminhado para nosso serviço. Ao exame físico: regular estado geral, ativo e reativo; Otoscopia: Cae sem alterações, membrana timpânica, translúcida, sem abaulamentos, sem hiperemia, rinoscopia: septo centrado; oroscopia: ausência de amígdalas, lojas amigdalíanas em bom estado de cicatrização; aparelho respiratório: presença de desconforto respiratório, respiração abdominal e taquipneia. Ao raio foi identificado o sinal de torre e apresentou PCR: 7,74. A conduta tomada foi a administração de ceftriaxona (500 mg de 12/12 h) 6 PO de adenoamigdalectomia e acompanhamento de retorno ambulatorial.

Comentário Finais: O pós operatório de cirurgias pediátricas devem se tomar cuidado com a possibilidade de complicações e infecção principalmente após a extubação. Tais casos são comuns de reicidiva nos centros de emergência após esses procedimentos.

Palavras-chave: emergência pediátrica; cirurgia; infecção.

TCP944

LARINGOMALÁCIA EM RECÉM-NASCIDO COM ZICA VÍRUS CONGÊNITA: UM RELATO DE CASO**Autor principal:** REBECA HENRIQUE DAMASCENO**Coautores:** DANIEL LUCAS PEREIRA DINIZ, JORDAO LEITE FERNANDES**Instituição:** *Aculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte*

Apresentação do caso: Trata-se de um bebê, sexo feminino, nascimento pré-termo, com 33 semanas de idade gestacional e peso ao nascimento de 1646g. Com histórico pré-natal de infecção por Zica Vírus, que aos 2 meses e 30 dias de vida foi submetida a nasolaringofibrosopia, pela qual foi diagnosticada com laringomalácia. A paciente foi internada na uti neonatal com quadro de desconforto respiratório grave e com os seguintes diagnósticos prévios: persistência do canal arterial, atrogribose, pneumonia broncoaspirativa. Aos 3 meses de vida e com 2600g de peso foi realizada a abordagem cirúrgica, sendo a supraglotoplastia a técnica de escolha e após permanecer 3 meses intubada, foi possível a realização da extubação, permanecendo assim por 27 dias, sem traqueostomia. Após esse período, foi realizada a reintubação e havendo a necessidade de uma reabordagem, a epiglottopexia. Logo depois, a paciente necessitou de traqueostomia, a qual foi realizada. Com isso, a mesma recebeu alta hospitalar, mantendo-se traqueostomizada por 4 meses e evoluindo para óbito por complicações cardíacas.

Discussão: A Laringomalácia (LM) é a anomalia congênita da laringe mais comum, acometendo por volta de 65 a 75% da população pediátrica e corresponde a cerca de 60 a 70% dos casos de estridor em bebês. Comumente, tem curso benigno e resolução espontânea dos sintomas. A etiologia da LM não é ainda totalmente definida. Porém, acredita-se que sejam uma soma de fatores tais como: anatômicos, neurológicos e inflamatórios que somatizam o colapso da laringe. A relação com refluxo gastroesofágico é colocada em questão, já que o aumento da pressão negativa intratorácica, oriunda do esforço respiratório pode favorecer o fluxo retrógrado do conteúdo gástrico. As formas mais comuns manifestam-se com estridor inspiratório, que agrava durante os esforços, tais como choro, alimentação e agitação, já as formas mais graves manifestam-se com episódios recorrentes de cianose, dificuldade para se alimentar, déficit de ganho ponderal, bradicardia e eventos de aparente risco de vida. De acordo com as evidências, a existência de refluxo gastroesofágico, o APGAR baixo e a associação com doença neurológica incutem para uma forma mais grave da doença. O diagnóstico é feito por meio da laringoscopia flexível, que evidencia um colapso das estruturas supraglóticas durante o exame. A paciente do caso em questão, não só preencheu os critérios gravidade do caso, como necessitou da forma mais incomum do seu tratamento: supraglotoplastia, e de forma mais rara no pós-operatório necessitou de traqueostomia.

Comentários finais: A laringomalácia, no caso em questão, está envolvida no contexto de outras doenças congênitas graves, como síndromes cardiovasculares. A paciente supracitada teve alta no pós-operatório de traqueostomia, mas chegou a óbito por complicações cardiovasculares. Ademais, levando em consideração que casos de laringomalácia podem evoluir com gravidade, é importante que o exame físico de cabeça e pescoço seja completo e que esse diagnóstico faça parte das hipóteses diante de um quadro de obstrução de via aérea e de desconforto respiratório. A conduta expectante pode ser bem sucedida, mas diante de quadros sem evolução benigna é necessário a intervenção cirúrgica.

Palavras-chave: laringomalácia; traqueostomia; supraglotoplastia.

Autor principal: NORTON TASSO JUNIOR

Coautores: GABRIEL HENRIQUE RISSO, YASMIM BRUSTOLIN LOBO RODRIGUES, GRAZIELLE BOHORA SILVA GONÇALVES, GUSTAVO BRAZ RASCH

Instituição: UNIVALI

Apresentação do caso: GDS, com 4 meses e 16 dias, lactente AME(aleitamento materno exclusivo), vacinas em dia, proveniente de Ituporanga iniciou com quadro de tosse associada a rouquidão, sem febre que progrediu com diminuição das mamadas. Após 9 dias de piora em uso de sintomáticos conforme orientação médica, paciente interna por bronquiolite com broncoespasmos e evolução para insuficiência respiratória aguda grave sendo encaminhado a UTI pediátrica de HIPA(Hospital Infantil Pequeno Anjo), já intubado e sedado, em ventilação mecânica(VM) sob parâmetros moderados. Progenitora relata que desde o nascimento lactente apresentava ruído respiratório avaliado como “normal” pelo pediatra. Durante toda a atual internação, o exame físico permaneceu oscilando padrão ventilatório com necessidade de VM nos primeiros 21 dias. Ainda, houve falha da extubação e extubação acidental(com reintubação) ambas as vezes com grande quantidade de secreção aspirada. Solicitada avaliação da otorrinolaringologia do HIPA realizou-se nasofibrosopia que evidenciou muito esforço respiratório e estridor bastante evidente. Em reavaliação observou-se melhora da laringite, porém com persistência do esforço respiratório sendo necessária laringotraqueoscopia na qual foi descartado estenose subglótica e obstruções altas da laringe/traqueia e visualizado colabamento da porção distal da traqueia + brônquios de provável origem externa. Assim, foi indicada a realização de TC de tórax, que mostrou compressão parcial da traquéia por provável Duplo Arco Aórtico(DAA). Em Angio TC de crânio foi confirmada a presença de DAA, variação anatômica que requer abordagem cirúrgica na qual o paciente está em aguardo de vaga no hospital com equipe de cardiologia de Joinville.

Discussão: O estridor, sinal frequentemente encontrado na prática pediátrica, decorre da turbulência do fluxo de ar nas vias aéreas superiores. Esse costuma ser causado por quadro infeccioso agudo mas, quando persistente, deve-se pensar em imaturidade da árvore respiratória, malformações ou compressões vasculares extrínsecas. O duplo arco aórtico (DAA) é uma condição rara que produz um anel vascular, envolvendo a traqueia e/ou o esôfago. Esta condição resulta em sintomas respiratórios, como estridor, asfixia e infecções recorrentes em vias aéreas em 91% dos acometidos e, em 40% dos casos, manifesta-se com sintomas gastrointestinais, como vômitos, intolerância alimentar e disfagia. A sintomatologia surge, habitualmente, nos primeiros meses de vida, e é agravada pelo choro, alimentação e mudança de posição, podendo até fazer a criança adotar postura em opistótono. Uma vez que a clínica muitas vezes não é específica, a avaliação do paciente através de exames de imagem é fundamental nos casos de DAA. A investigação pode ser iniciada com radiografia de tórax em posteroanterior e perfil, que demonstrará alargamento de mediastino, presença de botão aórtico à direita e evidência de compressão traqueal e/ou esofagiana. O ecocardiograma também pode ser útil, para avaliar o arco aórtico e a anatomia cardíaca. De todo modo, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética são os exames que apresentam maior acurácia para a avaliação das estruturas do mediastino. Na broncofibroscopia, a presença de massa pulsátil na parede postero-lateral direita do terço inferior da traquéia é muito sugestiva de DAA. O tratamento cirúrgico precoce elimina os sintomas em mais de 70% dos casos, mas, se houver estenose traqueal residual, a limitação do fluxo de ar poderá persistir. Em uma revisão retrospectiva com 183 pacientes submetidos a cirurgia para correção de anel vascular, dois pacientes precisaram de traqueostomia por compressão distal grave da traqueia e um dos pacientes apresentou paralisia de prega vocal esquerda verdadeira. Se evolução menos favorável, deve-se considerar a coexistência de traqueomalácia.

Comentários finais: Frente a uma criança com estridor episódico e de início precoce, sem etiologia definida, deve-se considerar no diagnóstico diferencial malformações raras como o duplo arco aórtico.

Palavras-chave: duplo arco aórtico; malformações vasculares; cardiopatias congênitas.

TCP946

ANÁLISE DO DESEMPENHO DO QUESTIONÁRIO POSAST PARA RASTREIO DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM CRIANÇAS**Autor principal:** LUIZ FELIPE BARTOLOMEU SOUZA**Coautores:** HELENA MARIA GONÇALVES BECKER, LETICIA PAIVA FRANCO, CLÁUDIA PENA GALVÃO DOS ANJOS, CAROLINA MARIA FONTES FERREIRA NADER, MAÍRA SOARES TORRES**Instituição:** Hospital das Clínicas da UFMG

Objetivos: Avaliar o desempenho do questionário Pediatric Obstructive Sleep Apnea Screening Tool (PosaST) como ferramenta diagnóstica de rastreamento de Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) na população pediátrica.

Métodos: Pais de 122 pacientes de 03 a 12 anos, referidos a um laboratório do sono para realização de polissonografia (PSG) responderam o questionário PosaST. O escore cumulativo do PosaST foi obtido a partir de seus escores individuais para cada pergunta, e comparado com os Resultados da PSG. Além de testes de correlação entre Índice de Apnéia - Hipopneia Obstrutiva (IAHO) e escore cumulativo do PosaST, foram então determinadas: curva receiver operating characteristic (ROC), sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) para o escore cumulativo do PosaST, tanto para diagnóstico de SAOS (IAHO $\geq 1,5$ eventos/h de tempo total de sono – TTS), quanto para diagnóstico de quadros moderados e graves dessa enfermidade (IAHO ≥ 5 eventos/h de TTS). Variáveis do escore individual e cumulativo do PosaST foram avaliadas por estudos de associação nos grupos com e sem SAOS. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (aprovação número 19507818.5.0000.5149).

Resultados: As curvas ROC obtidas mostraram pequena área sobre a curva (todas menores que 0.5), refletindo desempenho ruim da ferramenta PosaST tanto para diagnóstico de SAOS, quanto para diagnóstico de casos moderados/graves. Valores de sensibilidade, especificidade, VPP e VPN para os pontos de corte avaliados corroboraram esta conclusão. Foi identificada correlação significativa, mas fraca, entre IAHO e escore cumulativo do PosaST ($r=0,191$ e $p=0,036$). Nenhuma diferença estatística foi encontrada nos estudos de associação para as variáveis testadas.

Discussão: Em um contexto de baixa disponibilidade de acesso à PSG pediátrica, torna-se necessária a avaliação de ferramentas alternativas, como os questionários, quanto a sua capacidade de rastrear e diagnosticar SAOS. O PosaST foi classificada em estudos de validação nacional e internacional como possuidor de bom desempenho para rastreamento, sendo sugerido, inclusive, seu uso de forma universal na prática clínica. Entretanto, diante do atual cenário de evidências, inclusive aquelas obtidas neste estudo, deve-se questionar a validade dessa sugestão. Sendo um campo relativamente recente, entende-se que o estudo do diagnóstico de SAOS pediátrica ainda é deficiente em literatura com maior nível de evidência científica. Logo, novas pesquisas acadêmicas devem ser realizadas de forma a encontrar ferramentas práticas e de fácil utilização e que apresentem maior associação ao IAHO. Também se propõe a avaliação minuciosa da PSG de forma a identificar e determinar novos parâmetros desse exame que possam ter melhor correlação que o IAHO, com desfechos clínicos relevantes.

Conclusão: Apesar de apresentar-se como uma ferramenta prática, o PosaST não mostrou boa capacidade para rastrear pacientes pediátricos com SAOS ou com SAOS moderada/grave. Em posse do cenário atual de evidências, sugere-se que as autoridades cuidadoras da saúde pública (e suplementar) devem atentar-se à característica ímpar e insubstituível da PSG, de maneira a incrementar esforços para facilitar o acesso ao exame para toda a população.

Palavras-chave: apneia obstrutiva do sono; polissonografia; triagem.

TCP947

RELATO DE CASO: DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA PÓS TRANSPLANTE

Autor principal: TÁSSIA CIVIDANES PAZINATO**Coautores:** PEDRO HENRIQUE ZANELLA CATTO, LUIZA CABREIRA BRUST, VINICIUS OLIVEIRA NITZ, FERNANDO LIBERATO DA SILVA, AMANDA SALVADOR MARIN, NICOLE ELEN LIRA, CLÁUDIA SCHWEIGER**Instituição:** *hospital de clinicas de porto alegre*

Apresentação do caso: Paciente masculino, 3 anos, nascido a termo com 38 semanas de idade gestacional, com história de atresia de vias biliares tipo 2 diagnosticada aos 2 meses de idade, foi submetido à Cirurgia de Kasai em outubro de 2018, aos 2 meses e 11 dias de vida. Apresentou Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica e Íleo séptico no pós-operatório, com necessidade de laparotomia exploradora, evoluindo com diminuição do fluxo portal e cirrose hepática com necessidade de transplante de órgão. Em avaliação pré-transplante, evidenciou-se IgM positivo para Citomegalovírus (CMV) e por vírus Epstein Barr (EBV). Foi submetido a transplante hepático em setembro de 2019.

Em maio de 2022, paciente internou por quadro de febre, inapetência, odinofagia, roncos e esforço ventilatório que piorava em decúbito dorsal, sem estridor ou cianose associados. Foi constatada reativação da infecção por EBV laboratorialmente. Ao exame físico otorrinolaringológico, paciente apresentava tonsilas palatinas (TP) de grau III (Brodsky) bilateralmente, edemaciadas, sem exsudato, além de edema supraglótico em nasofibrolaringoscopia. Evoluiu com surgimento de exsudato bilateralmente na semana seguinte, sem melhora dos demais sinais inflamatórios, sem sinais de abscesso peritonsilar. Tendo em vista persistência do quadro por mais de 15 dias e considerando os fatores de risco do paciente para Doença Linfoproliferativa Pós Transplante (PTLD) – paciente transplantado imunossuprimido, com história de sorologia positiva para EBV e com edema persistente de TP –, foi realizada amigdalectomia, com exame anatomopatológico confirmando PTLD. A imunohistoquímica (IMQ) mostrou Linfoma plasmablastico, EBV+, CD20 negativo, com Ki67 85% de índice proliferativo, secundário a desordem linfoproliferativa monomórfica pós transplante. Foi realizado estadiamento, sem acometimento em outros locais, de modo que foi optado por observação ativa, sem necessidade de quimioterapia (QT).

Recebeu alta em junho de 2022, em bom estado geral, alimentando-se por via oral sem intercorrências, com plano de acompanhamento ambulatorial.

Discussão: O EBV IgG está presente em 50-89% das crianças e em mais de 90% dos adultos. Infecta linfócitos B via receptor CD21, onde o vírus fica quiescente por toda a vida do hospedeiro.

No indivíduo saudável, após a infecção primária, o vírus é controlado por Linfócitos T Citotóxicos específicos; porém, proteínas virais de latência podem transformar linfócitos B imaturos em linfócitos B de memória, permitindo que o EBV fique quiescente no sangue periférico e no sistema reticuloendotelial. Em imunodeprimidos, o comprometimento da imunidade dos linfócitos T citotóxicos permite que o EBV cause viremia e linfomas através da extensão da vida dos linfócitos B infectados, aumentando a chance de eles sofrerem mutações oncogênicas.

A PTLD se origina nesse contexto. PTLD relacionada ao EBV normalmente ocorre no primeiro ano após o transplante, no nadir do comprometimento imune (principalmente cerca de 6 meses após). A maioria dos casos de EBV-PTLD após transplante de órgãos sólidos (>90%) se origina do hospedeiro, mas a maioria dos casos após transplante alogênico de medula óssea se origina do doador – por isso é importante saber a sorologia EBV do doador e do receptor previamente ao transplante.

Apesar de ser uma doença incomum, tem alta morbimortalidade - a mortalidade da PTLD pode atingir até 84%.

Para o diagnóstico, pelo menos duas das seguintes condições devem estar presentes:

Processo linfoproliferativo pós transplante;

Presença de marcadores virais oligoclonais ou monoclonais;

Infecção estabelecida pelo EBV.

Ademais, a biópsia é indispensável para o diagnóstico.

Comentários finais: A PTLD é uma doença de alta morbimortalidade com fatores de risco, diagnóstico e prognóstico bem determinados. A alta suspeita diagnóstica é essencial para o correto manejo da doença.

Palavras-chave: PTLD; doença linfoproliferativa pós transplante; EBV.

Autor principal: BRUNA PUPO

Coautores: ANA LUIZA CAMARGO, BYANCA HEKAVEI HUL, RUBIANNE LIGORIO DE LIMA, LEILA ROBERTA CRISIGIOVANNI, ALINE FAYAD SANCHES, THIAGO YUZO AZUMA

Instituição: Hospital da Cruz Vermelha Brasileira

Apresentação do caso: D. O. S., feminino, 26 anos, previamente hígida, admitida no ambulatório de um hospital no serviço de Otorrinolaringologia de Curitiba-PR, com sintomas de odinofagia, disfagia intensa, sudorese noturna e febre baixa. Ao exame apresentava-se estável hemodinamicamente, com a oroscopia revelando lesão ulcerosa recoberta por exsudato pseudomembranoso e pontos de necrose em amígdala esquerda, além de edema e hiperemia de orofaringe, sem abaulamento de palato mole e desvio de úvula. Nos exames laboratoriais constatou-se apenas leucocitose com desvio à esquerda. Em seguida, procedeu-se o internamento hospitalar para administração antibioticoterapia com Ceftriaxone e Metronidazol, hidrocortisona e analgesia rigorosa. Após dois dias de evolução, paciente progrediu com melhora clínica significativa, regressão da úlcera necrótica exsudativa, sem intercorrências no internamento e evoluindo com boa aceitação da dieta via oral. Paciente teve alta hospitalar com continuidade do tratamento antimicrobiano via oral e nova reavaliação ambulatorial após 14 dias.

Discussão: A angina de Plaut-Vincent ou fusoespiralar é uma infecção bacteriana causada pela simbiose entre um bacilo fusiforme (*Fusobacterium plautvincenti*) e um espirilo (*Spirochaeta dentium*). Apesar de serem agentes saprófitas habituais da cavidade bucal, quando associados, podem ocasionar o caráter patogênico da doença. Os principais fatores de risco para desenvolvimento da angina são condições de desnutrição, tabagismo e má higiene oral (cáries dentárias e gengivites). Há um predomínio no sexo feminino (2: 1), com maior incidência entre adultos jovens e adolescentes. Em comparação às faringotonsilites comuns, a angina de Plaut-Vincent apresenta um quadro clínico mais intenso de com maior índice de morbimortalidade. A Apresentação clínica típica da doença é de início agudo de disfagia dolorosa unilateral, odinofagia e halitose intensa. Ao exame físico, visualiza-se lesão úlcero-necrótica unilateral em uma das tonsilas palatinas, bordas irregulares, recoberta por exsudato pseudomembranoso de odor fétido, desprendido facilmente e friável, associado a fenômenos de necrose local. Por fim, podem ser observados ainda adenopatia cervical e/ou submandibular e febre baixa. O diagnóstico é eminentemente clínico. O exame bacteriológico e a cultura são os exames de referência para confirmação etiológica, sendo reservados para os casos de Apresentação atípica ou duvidosos. A abordagem terapêutica da angina fusoespiralar consiste no uso de soluções antissépticas bucais, medicamentos para alívio sintomático e antibioticoterapia. A opção de primeira linha nos últimos anos para o tratamento antimicrobiano é utilizando uma penicilina ou cefalosporina associado a um antibiótico com espectro adequado para germes anaeróbios, como o metronidazol, durante 7 a 10 dias. Além disso, é recomendado o uso de analgésicos junto a antiinflamatórios não esteroidais ou corticosteroides. Por fim, deve-se encorajar a realização do acompanhamento odontológico periódico para orientação de medidas de higiene bucal vigorosa. A história natural da angina de Plaut-Vincent em geral é rapidamente progressiva e leva a complicações se não diagnosticada precocemente e adequadamente tratada, sendo o abscesso peritonsilar o mais frequente. Uma das evoluções mais temidas, embora incomum, é a tromboflebite da veia jugular, com risco de embolia séptica, representando a Síndrome de Lemierre.

Comentários finais: A angina de Plaut-Vincent é uma afecção bacteriana de caráter úlcero-necrótica de rápida evolução que acomete as tonsilas palatinas, causada por germes fusoespiralares saprófitas da cavidade oral que, em combinação e na vigência de fatores de risco, apresentam caráter patogênico. Representam uma entidade relativamente rara dentro do grupo das anginas, mas com risco de evolução para complicações desfavoráveis caso o diagnóstico e a instituição do tratamento não forem estabelecidos de forma rápida. O reconhecimento dos fatores predisponentes à doença e diagnóstico precoce e da abordagem terapêutica são essenciais para um bom desfecho clínico do paciente.

Palavras-chave: angina de Plaut-Vincent; úlcero-necrótica; fusoespiralar.

Autor principal: LUCAS CORREIA PORTES

Coautores: IAN SELONKE, LEILA ROBERTA CRISIGIOVANNI, IGOR MATHEUS ARAUJO DUARTE, BRUNO CERON HARTMANN, FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI, BRUNA PUPO, GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA

Instituição: Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná

Apresentação do caso: Paciente feminina M.E.F.P, 76 anos, procurou um serviço de otorrinolaringologia por epistaxes recorrentes de moderada intensidade bilateralmente de longa data. Além disso, paciente relatou presença de lesões em lábio, não sabendo especificar data de início. Paciente nega rinorreia anterior, obstrução ou prurido nasal, nem outros sintomas riníticos. Possui histórico de trombose venosa profunda pós cirurgia ortopédica de quadril, anemia não especificada de longa data e diabetes mellitus tipo dois. Referiu também cauterização com ácido tricloroacético (ATA) em outro serviço por conta de epistaxe, sem melhora permanente. Ao exame físico apresentava septo nasal centrado, hipertrofia de corneto inferior, mucosa hiperemiada com vasos visíveis bilateralmente associado a crostas hemáticas. À oroscopia, possuía petéquias em dorso da língua e em lábios. Foi então realizada cauterização com ATA, receitada com sulfato de neomicina e bacitracina zincica, soro fisiológico e orientada sobre limitações do procedimento realizado. Foi levantada a hipótese de Telangiectasia hemorrágica hereditária (THH), também conhecida como síndrome de rendu-osler-weber, e então a paciente encaminhada para serviço de hematologia, com retorno programado após avaliação.

Discussão: A THH é uma displasia fibrovascular sistêmica, na qual os vasos sanguíneos sofrem alteração em sua camada muscular e lâmina elástica, e com isso são mais frequentes rupturas espontâneas e menor resistência a traumas. Trata-se de uma patologia que afeta o corpo como um todo, tendo manifestações pulmonares, gastrointestinais, cutâneas, oculares e no sistema nervoso. O primeiro profissional que normalmente tem contato com essa síndrome é o otorrinolaringologista, em decorrência da queixa de sangramento nasal volumoso. A doença acomete 1-2 indivíduos a cada 100.000, e é diagnosticada pelos critérios de Curação: epistaxe espontânea recorrente, telangiectasias mucocutâneas, telangiectasias/malformações arteriovenosas e história familiar em parentes de primeiro grau. Os primeiros episódios de epistaxe ocorrem até os 30 anos, sendo que um terço dos pacientes necessitam de internamento e transfusão sanguínea. Seu tratamento consiste em tratar os sintomas, com cauterização da epistaxe, tamponamentos nasais, controle da pressão arterial e procura rápida para cessar o sangramento, visando o mínimo de intervenções possível. O padrão ouro de tratamento da THH é a septodermoplastia, apesar de ser indicada apenas quando os outros tratamentos propostos foram inefetivos. Nessa técnica, há a remoção da mucosa do septo nasal, e sua substituição por um fino enxerto de pele.

Comentários finais: O diagnóstico da THH deve ser considerado quando há epistaxes de repetição no exercício da otorrinolaringologia. O profissional deve se atentar a anamnese e exame físico cautelosos e detalhados para concluir o diagnóstico. Apesar de não existir atualmente uma cura para a patologia, o tratamento dos sintomas se torna mais que necessário para melhorar a qualidade de vida do paciente

Palavras-chave: teleangiectasia hemorrágica hereditária; epistaxe; Rendu-Osler-Weber.

Autor principal: EMERSON SCHINDLER JUNIOR

Coautores: VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA, IAN SELONKE, IGOR MATHEUS ARAUJO DUARTE, JOANA LUÍZA ZIMMER, MILENA SAYURI OTSUKI, ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA, GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA

Instituição: Hospital da Cruz Vermelha - Paraná

Objetivos: Relatar a experiência referente ao processo de escrita e publicação do livro “Bases em Otorrinolaringologia” desenvolvido para o médico recém formado, residente primeiranista de Otorrinolaringologia e para o acadêmico de medicina.

Métodos: Os acadêmicos de medicina participantes da Liga de Otorrinolaringologia do Hospital da Cruz Vermelha Filial do Paraná, situada na cidade de Curitiba-PR, foram convidados a colaborar na escrita e publicação do livro e, para isso, foram divididos em grupos. Cada grupo ficou responsável pela escrita de um capítulo e tiveram seus parágrafos revisados por dois residentes e por um chefe do serviço. Paralelamente, uma ilustradora foi contratada para a elaboração das imagens que eram selecionadas pelos escritores. A diretoria da liga organizou um cronograma de metas a serem cumpridas mensalmente e intermediou as demandas que surgiram ao longo do projeto, além da negociação com a Editora CRV, responsável pela publicação. Após concluído, o material foi enviado para a editora, onde foi realizada revisão ortográfica, aprovação por comitê científico, diagramação, elaboração da capa e publicação.

Resultados: A obra foi publicada em dezembro de 2021 com o título “Bases em Otorrinolaringologia”. O livro foi composto por 16 capítulos, 242 páginas e contou com a participação de 9 residentes, 22 ligantes e 11 médicos otorrinolaringologistas preceptores ou egressos do serviço. Os capítulos contemplaram temas básicos e essenciais das áreas de rinologia, otologia, laringologia e estomatologia. Abrangeu-se tópicos relacionados a anatomia, semiologia, exames complementares e doenças clínicas otorrinolaringológicas. O conteúdo foi estruturado de forma didática e concisa, assim facilitando a compreensão do assunto.

Discussão: Em função das restrições impostas pela pandemia da COVID-19, os acadêmicos integrantes da Liga de Otorrinolaringologia do Hospital da Cruz Vermelha Filial do Paraná, durante o ano de 2021, não conseguiram participar de atividades práticas hospitalares, e a escrita do livro representou uma grande oportunidade para que os alunos tivessem mais contato com a especialidade. Os capítulos foram escritos de forma objetiva e abordaram, além das principais doenças otorrinolaringológicas, as bases anatômicas e fisiológicas necessárias para melhor compreendê-las. Além disso, foram também desenvolvidas e aprimoradas habilidades como gestão de projetos, metodologias ativas de desenvolvimento, revisão e seleção de artigos, trabalho em equipe e escrita científica. A diretoria da liga também teve a oportunidade de entender o processo de publicação de um livro do ponto de vista editorial. Além disso, possibilitou-se a criação de um material útil aos futuros ligantes, aos estudantes de medicina que desejam se aprofundar na otorrinolaringologia, bem como a residentes do primeiro ano da especialidade.

Conclusão: A publicação do livro, apesar de desafiadora, representou oportunidade única para a produção e aprimoramento científico da Liga Acadêmica de Otorrinolaringologia do Hospital da Cruz Vermelha Filial do Paraná.

Palavras-chave: relato de experiência; livro-texto; otorrinolaringologia.

Autor principal: LUIZA FRANCO DE MORAES JORGE RACY

Coautores: CARLA EMI TAKAHASHI, LETICIA GONÇALVES SILVA, JOSE MAURICIO TERCÍ DE ABREU, FERNANDO BRUNO MERELLO, ROBERTA ISMAEL DIAS GARCIA, FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR, PRISCILA BOGAR

Instituição: FMABC

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 4 anos e 1 mês, iniciou acompanhamento no ambulatório de otorrinolaringologia de um hospital terciário da região do ABC - SP, devido à disfagia, relatada pela mãe, associada a episódios de refluxo nasal durante a alimentação e baixa aceitação de sólidos. Paciente tem diagnóstico prévio de Síndrome de Ogden (único caso descrito no Brasil até o momento, pouco mais de 20 casos relatados no mundo), confirmado por sequenciamento completo de exoma. A paciente nasceu de 34 semanas, de parto cesárea, permanecendo 29 dias na UTI. Não realizou nenhum procedimento cirúrgico desde o nascimento. Não realizou aleitamento materno devido a ausência de sucção. Começou a deambular aos 2 anos e 8 meses, ainda não fala palavras, e tem comportamento agitado com distúrbio de atenção. Ao longo dos primeiros anos de vida teve diagnóstico de hidrocefalia, hipertrofia cardíaca, pé torto congênito bilateral e metatarso varo bilateral. Essas alterações vieram associadas a um atraso do neurodesenvolvimento e espectro autista. Realiza acompanhamento habitual com cardiologista, neurologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. Em setembro de 2020, em sua primeira consulta no ambulatório de otorrinolaringologia do nosso serviço, a mãe relatou episódios de refluxo lácteo durante a alimentação que pioraram aos 2 anos de idade. A paciente se alimenta basicamente de líquidos (dieta láctea) com baixa aceitação para sólidos. Mãe negou engasgos, alergias e pneumonias de repetição, porém relata roncos noturnos. A nasofibrolaringoscopia demonstrou rinofaringe dentro da normalidade, sem hipertrofia adenoideana; laringe com epiglote em ômega, discreto encurtamento ariepiglótico, mobilidade preservada e mínima estase salivar. Em exame de *FEES (Flexible Endoscopic Evaluation Swallowing)* mostrou insuficiência velofaríngea e deglutição orofaríngea funcional. Diante disso, fez-se a hipótese de insuficiência velofaríngea e hipotonia. Realizou cintilografia que foi positiva para refluxo gastroesofágico.

Discussão: A síndrome de Ogden é uma doença rara ligada ao cromossomo X causada por variantes patogênicas no gene NAA10. Essa síndrome foi relatada em pouco mais de 20 crianças no mundo. A disfagia apresentada pela paciente deste relato não possui traços que nos permitem definir com precisão sua etiologia. Sua evolução até o momento é satisfatória, porém como a síndrome é extremamente rara, ainda desconhecemos o prognóstico de seu quadro otorrinolaringológico. Nos casos relatados em literatura, não houve um padrão de alterações disfágicas, que nos façam pensar em algo característico desta síndrome. Em geral, além das apresentações clínicas clássicas, os portadores tendem a apresentar alguns fenótipos particulares, que não costumam ser visto nos demais casos. Isso pode ser devido ao fato de serem descritas diferentes variantes da mutação no gene NAA10, e, principalmente, nas mulheres por serem portadoras heterozigóticas dessa mutação. Assim, a presença de inativação do cromossomo X distorcida nessas pacientes tendem a ocorrer em diferentes proporções em tecidos distintos, levando a alterações fenotípicas diversas dependendo do padrão genético apresentado. Além disso, essa característica genética também pode explicar o porquê dos casos de Síndrome de Ogden serem menos letais em meninas que em meninos, o que nos faz acreditar na possibilidade de um bom prognóstico para esta paciente.

Comentários finais: A Síndrome de Ogden é muito rara (1: 390.000.000) e geneticamente complexa, em que há diversos pontos para serem esclarecidos sobre sua patogenicidade e prognóstico. Pouco ainda se sabe sobre a relação entre a disfagia e esta doença. Assim, devido a raridade dessa síndrome é importante a publicação desses relatos para nortear o atendimento de demais casos quando diagnosticados.

Palavras-chave: síndrome de ogden; disfagia; síndrome genética.

TCP105

DEMANDA POR TELECONSULTA EM UM HOSPITAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Autor principal: IGOR NASCIMENTO BATISTA

Coautores: GILBERTO ULSON PIZARRO, MARCELO ZUFFO PEREIRA BARRETTO, MARLON SOUZA COELHO, ANA BEATRIZ DE OLIVEIRA ASSIS, FERNANDO PIRES DE ARAUJO, MARIA ANGELA ZAMORA ARRUDA GREGOLIN, MARÍLIA ALVES ARAÚJO FERREIRA

Instituição: *Hospital Paulista de Otorrinolaringologia*

Objetivo: avaliar a correlação da demanda por teleconsulta em um hospital de otorrinolaringologia com o índice de isolamento e o coeficiente de mortalidade por COVID-19.

Método: pesquisa do tipo retrospectiva, transversal, observacional e analítica. Os dados foram coletados de prontuários de teleconsulta no Hospital Paulista de Otorrinolaringologia, sendo distribuídos mensalmente e relacionados à média mensal do índice de isolamento e coeficiente de mortalidade por COVID-19 por 100 mil habitantes no município de São Paulo entre abril de 2020 e dezembro de 2021. Para a avaliação da dependência entre as variáveis foi utilizado o teste de correlação linear de Pearson, considerando p-valor significativo ≤ 0.05 .

Resultados: houve correlação forte, positiva e estatisticamente significativa entre o número de teleconsultas e o índice de isolamento ($r=0.9144$ e $p<0.0001$), observando-se que 83,62% da variação no número de teleconsultas é explicada pela variação no índice de isolamento ($R^2=0.8362$). Ademais, constatou-se correlação moderada, positiva e estatisticamente significativa entre o número de teleconsultas e o coeficiente de mortalidade por COVID-19 por 100 mil habitantes ($r=0.5137$ e $p=0.0172$), verificando-se que 26,39% da variação no número de teleconsultas é justificado por variação no coeficiente de mortalidade ($R^2=0,2639$).

Discussão: uma pesquisa demonstrou haver correlação positiva entre o aumento do número de casos de COVID-19 e um maior interesse da população nos serviços de telessaúde nos Estados Unidos ($r=0.948$, $P<0.001$). De modo semelhante, no presente estudo, o índice de isolamento e o coeficiente de mortalidade por COVID-19 por 100 mil habitantes influenciaram positivamente a demanda por teleconsulta.

Conclusão: Durante o período do estudo, a demanda por teleconsulta otorrinolaringológica parece ter sido influenciada positivamente pelo isolamento social e coeficiente de mortalidade da COVID-19.

Palavras-chave: teleconsulta; otorrinolaringologia; COVID-19.

APLICAÇÃO DO MÉTODO ROPE PARA ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM RINITE: UMA EXPERIÊNCIA DE SERVIÇO

Autor principal: HENRIQUE DE PAULA BEDAQUE

Coautores: LIDIANE MARIA DE BRITO MACEDO FERREIRA, JOSÉ DINIZ JUNIOR, FRANCISCO DAS CHAGAS CABRAL JÚNIOR, MARIA LUÍSA NOBRE MEDEIROS E SILVA GUIMARÃES

Instituição: UFRN

Objetivos: Mostrar a descrição da abordagem ROPE no acompanhamento de pacientes com rinite, demonstrando seus benefícios em termos de objetividade de sintomatologia e fluxograma de investigação.

Método: O ROPE faz uso de uma escala visual analógica (escala de 0 até 10 com imagens e números) e pergunta ao paciente de forma sequencial qual nota ele dá para os sintomas ROPE (Acrônimo de Rinorreia, Obstrução nasal, Prurido Nasal e Espirros). Após as perguntas, obtém-se uma sequência numérica de 4 números que pode ser classificada gráficos de quatro tipos: chapada (todos os valores são altos), planície (todos os valores são baixos), pico (a obstrução nasal se destaca frente aos demais sintomas) e vale (a obstrução nasal é pouco importante frente aos demais sintomas).

Resultado: Com sua aplicação há cerca 2 anos nos ambulatórios de otorrinolaringologia do Hospital Universitário Onofre Lopes por parte de todos os residentes do serviço o método já se tornou rotina para o acompanhamento dos pacientes com sintomas nasais e trouxe uma melhor objetividade para entender como o paciente está evoluindo ao longo de seus retornos ambulatoriais e em seu pós-operatório.

Discussão: A utilização do ROPE de forma longitudinal possibilita um acompanhamento mais objetivo da evolução dos sintomas do paciente, além disso, a classificação nos quatro tipos de ROPE são uma referência de fluxograma sobre quais seriam as melhores abordagens terapêuticas para cada uma das classificações.

Conclusão: O método ROPE se tornou uma realidade no acompanhamento dos pacientes com rinite em nosso ambulatório proporcionando maior agilidade em compreender a evolução do paciente e trazendo mais objetividade para a escolha terapêutica.

Palavras-chave: rinite; nariz; escala visual analógica.

Autor principal: HENRIQUE DE PAULA BEDAQUE

Coautores: CAMILA ALEXANDRE SILVA, EDUARDO OTTO GOMES, MATEUS BARBOSA DE LIMA, NÍCOLAS DA CUNHA CONRADO, LUCAS MARINHO VASCONCELOS, KELVIN LEITE MOURA, LIDIANE MARIA DE BRITO MACEDO FERREIRA

Instituição: UFRN

Objetivo: Buscou-se por meio da avaliação integral dos pacientes do ambulatório de disfagia compreender quais são as características gerais do indivíduo com disfagia.

Metodologia: O estudo avaliou cinquenta e nove pacientes por meio de anamnese e aplicação do Índice de Desvantagem da Disfagia (DHI), associados a videoendoscopia da deglutição (VED) de modo a determinar o grau de disfagia desses indivíduos e classificá-los segundo os critérios de Macedo Filho, escala de Yale para presença de resíduos alimentares, parâmetro de Souza para escape oral posterior e escala FOIS.

Resultados: Obteve-se que engasgo, tosse e entalo foram os sinais e sintomas mais presentes nos sujeitos. Escape oral posterior, presença de resíduos em valéculas e recessos piriformes foram os achados de maior frequência na VED. A maior parte dos pacientes obteve classificação FOIS 5, seguida de FOIS 7. Além disso, observou-se correlação entre o valor DHI total e a classificação FOIS, de modo que aquele é capaz de predizer em 16% este. Por fim, constatou-se diferença nas médias dos DHI totais para as disfagias leve e grave.

Discussão: Os achados do nosso estudo se mostraram condizentes com a literatura disponíveis ao avaliarmos que indivíduos tem maior frequência de escape oral posterior e menor penetração e aspiração. Também encontramos diferenças estatísticas entre o DHI de pacientes com disfagia grave e os demais. Por fim, o encontro de uma correlação, mesmo que baixa, entre o DHI e o FOIS nos leva a refletir sobre uma possível presunção do FOIS a partir de uma análise de questionário padronizado.

Conclusão: Para a população estudada, identificamos engasgo como sintoma mais frequente, escape oral posterior como achado da VED mais observado e predição do DHI para a FOIS em 16%.

Palavras-chave: disfagia; hospital terciário; qualidade de vida.

AVALIAÇÃO DE PACIENTES DISFÁGICOS COM ESCAPE ORAL POSTERIOR: UMA SÉRIE DE CASOS.

Autor principal: HENRIQUE DE PAULA BEDAQUE

Coautores: CAMILA ALEXANDRE SILVA, EDUARDO OTTO GOMES, MATEUS BARBOSA DE LIMA, NÍCOLAS DA CUNHA CONRADO, PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA, LIDIANE MARIA DE BRITO MACEDO FERREIRA

Instituição: UFRN

Objetivos: Entender como se comportam as características de pacientes disfágicos com escape oral posterior, dentro de um contexto de ambulatório especializado em diagnóstico e tratamento de disfagia.

Metodologia: O estudo avaliou 28 pacientes por meio de busca de prontuários padronizados do ambulatório de disfagia (no período de agosto de 2021 até maio de 2022) com a presença de escape oral posterior, onde foram obtidas informações da anamnese e do Índice de Desvantagem da Disfagia (DHI), associados a videoendoscopia da deglutição (VED) de modo a determinar o grau de disfagia desses indivíduos e classificá-los segundo os critérios de Macedo Filho, escala de Yale para presença de resíduos alimentares, parâmetro de Souza para escape oral posterior e escala FOIS.

Resultados: Dos 28 pacientes analisados obtivemos as seguintes classificações 10,7% com escape oral grau I, 14,3% com grau II, 32,1% com grau III, 10,7% com grau IV e 32,1% com grau V. Das classes mais prevalentes, encontramos no grau III uma proporção de 77,8% com sialorreia, 77,8% com engasgos e 66,7% com tosse. Já nos pacientes com escape grau V uma proporção de 66,7% com sialorreia, 88,9% de engasgos e 88,9% de tosse.

Discussão: Na análise dos vários graus de escape oral posterior notamos uma sucessiva demonstração de aumento de sintomas, como sialorreia, alteração do apetite, engasgos, tosse e tempo de refeição à medida que aumenta o escape oral posterior. Essas informações descritivas reforçam a importância da presença dessa avaliação durante o exame de videoendoscopia da deglutição e como avaliação adicional à classificação de gravidade de disfagia mais utilizada atualmente, a escala de Macedo Filho.

Conclusão: O escape oral posterior se mostra como uma característica importante dentro do contexto de progressão da disfagia, com uma identificação de maiores sintomas associados à medida que se aumenta o grau do escape.

Palavras-chave: disfagia; qualidade de vida; videoendoscopia da deglutição.

Autor principal: PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA

Coautores: RUBIANNE LIGORIO DE LIMA, RAFAELA MABILE FERREIRA DOS SANTOS SOBREIRO, IGOR MATHEUS ARAUJO DUARTE, FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI, LUCAS CORREIA PORTES, GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA

Instituição: Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná

Apresentação do caso: Paciente masculino V.R.D, 26 anos de idade, portador de paralisia cerebral, foi atendido em pronto atendimento de sua cidade por conta de lesão em lábio superior há 8 dias, sendo medicado com Benzetacil intramuscular e Dexametasona via oral. Não obteve melhora dos sintomas e evoluiu com edema, hiperemia local e saída de secreção purulenta labial de forma espontânea e à manipulação manual, associada a queda do estado geral. Foi então encaminhado ao serviço de Otorrinolaringologia para avaliação e foi constatada formação de abscesso em lábio superior e presença de ponto de necrose à esquerda. Paciente faz uso de Ácido Valpróico e Lamotrigina, não apresentava outras comorbidades e alergia medicamentosa, não possuía cirurgias prévias de cabeça e pescoço e outras intervenções em região oral. Ao exame físico, otoscopia e rinoscopia sem particularidades, apenas oroscopia com os achados já descritos e amígdalas grau 2 (Escala de Brodsky) com hiperemia e placas exsudativas bilateralmente. Conversado com a família e em função do histórico importante de saúde do paciente e necessidade de complementação diagnóstica, optado pelo internamento e realização de tomografia computadorizada que evidenciou coleção abscesso em lábio superior sem extensão para demais regiões. Orientado uso de pomada de Sulfato de Neomicina e Bacitracina Zíncica e compressas mornas no local durante o internamento e iniciada antibioticoterapia com Cefepime e Clindamicina. No dia seguinte, paciente foi submetido a drenagem do abscesso em centro cirúrgico e apresentou boa evolução após procedimento com ausência de dor e saída de secreção purulenta. Recebeu alta no 4º dia de pós-operatório e foi orientado a seguir acompanhamento com estomatologista e procurar serviço de saúde se retorno dos sintomas.

Discussão: O caso em questão levantou a suspeita do abscesso ter sido causado por uma picada de aranha marrom, haja vista a condição prévia do paciente, difícil comunicação para uma anamnese elucidativa e, principalmente, por conta do aspecto da lesão. A princípio, o tratamento nos casos de acidente com animais peçonhentos se dá com o uso de corticoides, analgesia e hidratação, pois não há evidências de que o soro antiloxoscélico funcione após 48 horas do início dos sintomas. A formação do abscesso se deu em função da fragilidade dos tecidos que compõem a mucosa dos lábios e, com a entrada de microorganismos pelo canal de inoculação, há piora da lesão com maiores chances de necrose e outras complicações.

Comentários finais: O atendimento de pacientes que sofreram acidentes com animais peçonhentos, tanto o correto diagnóstico quanto a escolha do melhor tratamento, sempre é um desafio ao profissional médico e deve ser feito de forma precoce haja vista a gravidade da patologia. É de extrema importância desenvolver uma boa anamnese que forneça informações que permitam identificar o causador do acidente, assim como realizar exame físico completo de modo a ajudar a sanar a questão. Em casos em que há dúvida diagnóstica, o profissional deve lançar mão de exames de imagem para afastar outras causas.

Palavras-chave: aranha marrom; abscesso; paralisia cerebral.

TCP1010 TREINAMENTO DE HABILIDADES CIRÚRGICAS DE AMIGDALECTOMIA COM USO DE MANEQUINS, 10 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Autor principal: MARINA MENDONÇA DE MIRANDA

Coautores: PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA, KELVIN LEITE MOURA, DAMÁCIO SOARES PAIVA, HENRIQUE DE PAULA BEDAQUE, LUCAS MARINHO VASCONCELOS, JOSÉ DINIZ JUNIOR, FRANCISCO DAS CHAGAS CABRAL JÚNIOR

Instituição: Hospital Universitário Onofre Lopes

Objetivos: Relatar a experiência de aprendizado e aquisição de habilidades cirúrgicas dos residentes de otorrinolaringologia em cirurgia de tonsilectomia por meio de simulação com manequins antes da prática em pacientes.

Métodos: Todos os residentes no primeiro ano de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Onofre Lopes realizam, desde 2012, treinamento prático no laboratório de habilidades de cirurgia de amigdalectomia. As capacitações aconteceram sob supervisão do preceptor em um encontro com duração de 1 turno de até 4 horas. A princípio, é feita uma revisão teórica de toda a técnica cirúrgica do procedimento e suas possíveis complicações. Para a prática, utiliza-se fotóforos, caixa cirúrgica de amígdala, abridor de boca, material de assepsia, paramentação completa, campos cirúrgicos, manequim e músculo bovino para reproduzir as tonsilas palatinas. São simulados todos os tempos cirúrgicos da amigdalectomia, inclusive a resolução de sangramento, principal complicação. Após o treinamento, realiza-se uma Discussão sobre pontos críticos a serem aprimorados por cada residente.

Resultados: A prática de situações simuladas da cirurgia de amigdalectomia possibilitou aos residentes colocarem-se pela primeira vez como cirurgiões protagonistas e responsáveis pelo procedimento e suas consequências. Dessa forma, os participantes relataram ao final do treinamento que puderam ressignificar e consolidar vários conceitos teóricos a partir da prática. Ao reproduzir o procedimento cirúrgico em situação controlada foi possível analisar, refazer, corrigir erros de forma a dar mais segurança e autonomia ao residente. Assim, a partir dessa vivência, os residentes puderam adquirir habilidades práticas (paramentação, antissepsia, colocação dos campos cirúrgicos, manuseio adequado de instrumental, técnica cirúrgica) bem como, fazer uma autoavaliação junto ao preceptor sobre pontos de fragilidade do aprendizado.

Discussão: Tem-se dado um grande destaque ao desenvolvimento e avaliação de competências profissionais em diversas especialidades médicas desde as décadas de 1970. A partir daí, aprimorou-se o ensino por meio de simulações na educação médica, uma vez que os modelos simulados são estratégia de desenvolvimento de comunicação, do procedimento clínico e ainda permite ao estudante a análise de seu desempenho.

A incorporação das simulações nos cenários de ensino possibilitou que diversos modelos fossem criados pelas escolas médicas, que estão sendo desenvolvidos ou adaptados e utilizados nos diferentes contextos do ensino médico.

No contexto da otorrinolaringologia os modelos simulados também tem mostrado-se com Resultados positivos, evidenciando-se melhora das habilidades cirúrgicas e do manuseio de instrumentos. Especialmente na tonsilectomia os residentes puderam ganhar competências específicas do procedimento em relação a colocação de campos cirúrgicos, técnica de antissepsia, colocação de fotóforo, montagem do aspirador e eletrocautério.

Os laboratórios simulados mostram-se como um meio de desenvolver competências psicomotoras de forma segura e controlada, sem oferecer riscos ao paciente. A aquisição de habilidades cirúrgicas antes da prática em pacientes reduz o tempo necessário para atingir o nível de competências para a prática autônoma e estão associados a menor morbidade, redução de custos farmacológicos e ganho de tempo cirúrgico.

Viabilizar que residentes de cirurgia consigam realizar exercícios de habilidades e coordenação motora através da simulação de procedimentos aumentam a autoconfiança do profissional e a segurança do paciente.

Conclusão: O desenvolvimento de atividade de simulação deve ser uma prática estimulada, tal aperfeiçoamento diminui os riscos de iatrogenia e aumenta as chances de efetividade do procedimento, bem como proporciona maior autoconfiança ao cirurgião.

Assim, o treinamento em ambiente simulado da cirurgia em amigdalectomia torna-se uma proposta viável para o aprendizado, pois é eficaz no desenvolvimento de habilidades cirúrgicas, no conhecimento de todos os instrumentos, de suas funções e montagem da mesa, sendo uma ferramenta didática de grande valia.

Palavras-chave: educação médica; capacitação; treinamento cirúrgico.

TCP1011 GOMA SIFILÍTICA

Autor principal: FERNANDA GOMES RESENDE

Coautores: MARIA PAULA ANDRADE RODRIGUES MACHADO, MATHEUS VICTOR RANGEL BARBOSA, MILENA GAVA FIM, PATRICIA ROSA NUNES, RODRIGO PÊGO FRANCO, SÉRGIO EDRIANE REZENDE, BRUNO MAGALHAES DE PINHO TAVARES

Instituição: Instituto de Otorrino

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 43 anos, previamente hígido, procurou o serviço de otorrinolaringologia para obter esclarecimentos sobre uma Tomografia Computadorizada de seios paranasais solicitada por outro médico, com a suspeita de Rinossinusite Aguda. Estava sem queixas no momento. Ao exame físico, ocasionalmente, foram observadas lesões simétricas, ulceradas, indolores e de aspecto granulomatoso no palato. Foi, então, solicitada revisão laboratorial incluindo sorologias a fim de investigar o diagnóstico dessas lesões. Os exames laboratoriais vieram sem alterações, com exceção do VDRL, que obteve resultado positivo (reagente 1/64). O paciente foi, portanto, tratado com Penicilina Benzatina por 3 semanas (2 doses a cada semana) e orientado a retornar ao final do tratamento. Após a medicação, obteve melhora clínica total das lesões.

Discussão: A Sífilis é uma infecção causada pela bactéria *Treponema pallidum*. É transmitida principalmente por via sexual, mas existe também a transmissão vertical. Pode apresentar-se em diferentes estágios clínicos: primário, secundário, latente e terciário. As formas mais transmissíveis da doença ocorrem nos estágios primário e secundário e a forma mais grave no estágio terciário.

Essa doença pode ocasionar manifestações orais em todos os estágios. No primário podem ocorrer lesões ulceradas (cancro) indolores. No estágio secundário as lesões apresentam um padrão de exibição mais heterogêneo e podem formar manchas na mucosa, ulcerações múltiplas ou isoladas, placas leucoplásicas e lesões aftoides. Por fim, a sífilis terciária se apresenta predominantemente na forma de gomas na região do palato duro e mole.

O diagnóstico imunológico padrão da doença envolve testes treponêmicos e não treponêmicos. A dosagem do VDRL, teste sorológico não treponêmico, é usada tanto para o diagnóstico quanto para o acompanhamento do tratamento, sendo necessária a queda das titulações para confirmar a eficácia da medicação.

O tratamento é feito com penicilina, antibiótico de maior eficácia para esta doença.

Comentários finais: A sífilis é uma doença com alta prevalência na sociedade e, portanto, tem enorme relevância clínica. Pode manifestar-se com lesões orais em todos os seus estágios e por isso precisa ser diagnóstico diferencial de diversas afecções do cotidiano da otorrinolaringologia. Necessita ser tratada com penicilina de forma precoce para evitar complicações e diminuir a transmissão da doença.

Palavras-chave: goma sífilítica, sífilis; tratamento sífilis, manifestações orais sífilis.

TCP1012 **HERPES ZOSTER FACIAL: UM RELATO DE CASO**

Autor principal: PAULO TINOCO

Coautores: MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO, ALFREDO VIEIRA BERNARDO, LOUISE MANCEN FREIRE, CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI, SÁVIO LUQUETTI SILVA VIEIRA

Instituição: *Hospital São José do Avaí*

Apresentação de caso: J.N.O., 58 anos. Paciente da entrada no hospital encaminhado ao serviço de otorrinolaringologia com relato de aparecimento de vesículas em hemiface esquerda, associado a edema, hiperemia e dor de leve intensidade no local, há cerca de 1 semana. O mesmo relata que havia uma pápula previamente, o que fez inicialmente ter sido diagnosticado como celulite em face. Paciente fez uso de Cefalexina e Prednisolona, sem melhora, aumentou-se então o espectro, sendo iniciado Oxacilina e Clindamicina. Ao chegar no hospital, as lesões estavam avançadas em hemiface esquerda e em estágio de crostas com permanência de dor local. Foi levantado o diagnóstico de herpes zoster, prescrito Aciclovir e mantido os antibióticos iniciados no local de origem. O paciente teve grande evolução após o início do antiviral, evoluindo positivamente.

Discussão: A reativação do vírus varicela-zoster é a causa do Herpes Zoster. Esse vírus permanece latente nos gânglios nervosos em paciente que tiveram varicela previamente. Caracteriza-se por dor intensa e aparecimento de vesículas que seguem a distribuição do nervo acometido. O paciente em questão não relata forte dor, apenas incomodo em hemiface esquerda, o que difere em um dos principais sintomas da doença, que é a dor intensa. O tratamento é realizado com uso de antivirais e eventualmente podem ser considerados o uso de antibióticos sistêmicos, como no caso clínico retratado, o qual apresentava-se com infecção secundária.

Comentários finais: A suspeita clínica deve ser levantada precocemente mesmo quando os sinais e sintomas não forem tão apurados e o tratamento com antiviral deve ser instituído, a fim de que o paciente tenha uma boa evolução, prognóstico favorável, evitando possíveis sequelas.

Palavras-chave: herpes; dor; varicela-zoster.

TCP1013 RAMSAY HUNT SYNDROME: A CASE REPORT

Autor principal: MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO

Coautores: PAULO TINOCO, ALFREDO VIEIRA BERNARDO, LOUISE MANCEN FREIRE, CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI, ROBERTA HENRIQUE FREIRE BRAGATTO

Instituição: *Hospital São José do Avai*

Resumed Report: J.G.S., 67 years old, male arrives at the otorhinolaryngology service with right earache, hyperemia and crusts for about 15 days in the right auricular region, evolving with vertigo and peripheral facial paralysis for 3 days. The patient was admitted to the hospital for clinical observation and systemic corticosteroid therapy. After 2 days, there was significant clinical improvement with improvement in pain, vertigo and facial paralysis.

Discussion: Ramsay-Hunt Syndrome is a rare complication caused by the reactivity of the varicella zoster virus that is latent in the facial nerve ganglion. The syndrome courses with vesicular eruptions in the ear, associated with earache on the same side, peripheral facial palsy, and variable involvement of the third cranial nerve, manifesting as auditory and vestibular symptoms. The diagnosis is clinical. This syndrome largely affects the elderly, diabetics and immunosuppressed patients.

Final Comments: In view of the clinical picture of Ramsay Hunt Syndrome and its possible complications, such as motor and sensory sequelae, the importance of early diagnosis is emphasized, preventing this syndrome from affecting later the patient's quality of life.

Palavras-chave: Ramsay-Hunt; rare; varicella-zoster.

TCP1014 SARCOMA DE KAPOSÍ DE CAVIDADE NASAL E FARINGE: RELATO DE CASO

Autor principal: RAQUEL GONÇALVES BESSA

Coautores: HENRIQUE DE ALMEIDA FRIEDRICH, THALLISSO MARTINS DA SILVA RODRIGUES, MARCO TÚLIO SOLANO MATOS, LARISSA DE OLIVEIRA LIMA SANTOS, TÚLIO BASSOLI, FATIMA REGINA ABREU ALVES

Instituição: Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo

Relato do Caso: Paciente A.A.S., masculino, pardo, 52 anos, heterossexual, foi atendido no ambulatório do servidor público municipal, encaminhado pela Infectologia, com queixa de disfonia, disfagia, episódios anteriores de epistaxe e dispneia leve que iniciaram há 3 semanas. Diagnóstico de HIV recente realizado pela equipe da infectologia e iniciado terapia antirretroviral há 2 semanas. Nega doenças oportunistas no passado, apresentava lesões em pele do tronco e membros compatíveis com Sarcoma de Kaposi (SK). Paciente encaminhado para a otorrinolaringologia para avaliação por nasofibroscopia e videolaringoscopia. Exames evidenciaram fossas nasais repletas de lesões vinhosas, ocupando principalmente a região coanal, além de lesões com as mesmas características em paredes da naso, oro e hipofaringe. Presença concomitante de lesões sugestivas de infecção por *Candida*. Tais achados correspondem a Sarcoma de Kaposi nasal e faríngeo. Paciente seguiu acompanhado pela infectologia que com a evolução do tratamento para infecção do HIV evoluiu com redução no número de lesões.

Discussão: O SK é uma neoplasia de origem vascular, caracterizada por múltiplos nódulos cutâneos e/ou viscerais, com rara tendência a metástases. Sua etiologia ainda não é bem definida, mas sabe-se que está associada a fatores imunológicos, genéticos, virais, entre outros. É mais comum na pele, mas pode acometer nódulos linfáticos, trato gastrointestinal, fígado, pulmões e cavidade oral ou nasal. Há 4 tipos epidemiológicos de sarcoma de Kaposi: a) Clássico ou Mediterrâneo: incidência rara, acometendo homens brancos de idade avançada principalmente italianos, gregos e descendentes de judeus. Essas lesões têm predileção pela pele, mais comumente ocorre nas pernas, com progressão lenta e pouco agressiva; b) Endêmico ou Africano: comum em adultos negros de ambos os sexos, com Apresentação clínica similar à forma clássica e nas crianças com curso rápido e letal; c) Iatrogênico: associado ao uso de drogas imunossupressoras, menos comum, porém mais agressivo; d) Epidêmico ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA): associado à doença em fase avançada e o seu curso é influenciado pelo estado imune do paciente. As fossas nasais e faringe são locais de acometimento incomum. Esses pacientes apresentam sintomas associados à disfagia, disfonia, epistaxe e, a depender do tamanho das lesões, obstrução das vias aéreas superiores. O diagnóstico é clínico associado à exames de imagens devido à aparência típica das lesões, entretanto, quando não há lesões cutâneas associadas, é necessário biópsia.

Comentários finais: O sarcoma de Kaposi é atualmente a neoplasia maligna mais comum associada à SIDA, com a evolução das terapias antirretrovirais é uma entidade cada vez menos frequente em pacientes com infecção por HIV, porém deve ser sempre considerada no diagnóstico diferencial das lesões ou massas nasais, faríngeas ou laríngeas.

Palavras-chave: sarcoma; Kaposi; HIV.

TCP1015 DOENÇAS VESICO-BOLHOSAS: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Autor principal: RODRIGO AMORIM QUESADO

Coautores: MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ, JULYANA CARNEIRO GOMES, VERENA SILVA CALDAS, MARÍLIA MONTIS LANZAROTTI HOSKEN, MARIA CLARA SOUZA SCHETTINI, MÁRCIO CAMPO OLIVEIRA, WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA

Instituição: Hospital Otorrinos

Apresentação do caso: Paciente feminino, J.S.S., 56 anos, sem comorbidades prévias, procedente de Feira de Santana - BA, com queixa de lesões vesico-bolhosas, inicialmente em couro cabeludo, evoluindo para membros superiores e cavidade oral. As lesões eram pruriginosas, com conteúdo claro e algumas crostosas em região axilar, nádegas e coxas. Sem relato de disfagia, dispneia, lesões oculares e genitais, febre e perda ponderal importante ou outros sinais de alarme no período.

A paciente foi acompanhada com Dermatologista e submetida à biópsia, com estudo anatomopatológico que sugere Penfigoide Bolhoso ou Dermatoze Bolhosa por IgA, com confirmação daquele diagnóstico por Imunofluorescência. Ela mantém acompanhamento após o tratamento com Prednisona 60mg/dia e Clobetazol tópico, com remissão das lesões, porém houve recrudescimento das lesões na dose de 5mg/dia de Prednisona (Figura 1).

Discussão: A DBIgA é uma doença bolhosa incomum, que se distingue do penfigoide bolhoso e da dermatite herpetiforme por depósitos lineares de IgA na zona da membrana basal, e padrão de imunofluorescência com autoanticorpos IgA na junção dermo-epidérmica². Já no penfigoide bolhoso é subepidérmica, muitas vezes contendo muitos neutrófilos e eosinófilos. A imunofluorescência direta mostra depósitos complementares lineares de IgG naqueles mesmos locais³.

O Penfigoide bolhoso é uma doença cutânea, autoimune e crônica que causa lesões bolhosas pruriginosas generalizadas em pacientes com mais de 60 anos. O envolvimento da mucosa é raro³.

O diagnóstico de ambas é por biópsia cutânea e testes de imunofluorescência da pele^{1,2,3}.

Dentre as principais etiologias da DBIgA, as infecções e penicilinas desencadeiam mais de ¼ dos casos das doenças. Vancomicina, anti-inflamatórios não esteroides (AINES), captopril e lítio também são sugeridos. O risco aumenta em pacientes com doença inflamatória intestinal e cânceres linfoproliferativos, mas não em outras doenças autoimunes^{2,4}.

Não comprovou-se nenhuma causa para o Penfigoide bolhoso, mas gatilhos são sugeridos: Medicamentos, radioterapia, radiação UV, psoríase, líquen plano, e algumas infecções, diabetes mellitus, artrite reumatoide, colite ulcerativa e esclerose múltipla^{1,3}.

O tratamento do Penfigoide costuma exigir medicação sistêmica com prednisona, 60 a 80 mg/dia por via oral, que pode ser reduzida para a dose de manutenção de ≤ 10 a 20 mg/dia após várias semanas. Se for necessária terapia a longo prazo, uma nova bolha em poucas semanas não exige aumentar a dose. Entretanto, a doença algumas vezes responde à atividade anti-inflamatória de certos fármacos, como uma combinação de tetraciclina ou minociclina e nicotinamida. Outras opções de tratamento incluem a monoterapia com dapsona, sulfapiridina ou eritromicina. E a imunoglobulina IV é utilizada ocasionalmente. Já na DBIgA o uso da dapsona costuma ser a primeira opção^{1,2}.

Os aspectos clínicos e epidemiológicos do caso corroboram com a literatura, uma vez que, as características das lesões em vesículas ou bolhas, geralmente agrupadas, com disseminação para membros, tronco, couro cabeludo e mucosa oral é comum em algumas doenças^{1,2,3}. Logo, o diagnóstico assertivo e acompanhamento de longo prazo são imprescindíveis para melhorar a qualidade de vida do paciente.

Comentários finais: No caso descrito, evidencia-se a importância da suspeição clínica e da biópsia da lesão com estudo com Imunofluorescência, para direcionar as condutas, visando o tratamento assertivo. É sempre importante realizar investigação com biópsia para descartar diagnósticos diferenciais, como Pênfigo Vulgar e Bolhoso, Dermatoze bolhosa por IgA (DBIgA) e câncer, e realizar o tratamento efetivo para reduzir complicações biopsicossociais para o paciente¹.

Palavras-chave: doenças vesico-bolhosas; penfigoide bolhoso; dermatose bolhosa por IgA.

Autor principal: SAMUEL BORGES BASSETTI

Coautores: ELIANA RODRIGUES BIAMINO, VITOR BITTAR PRADO, MARIA VICTORIA BASTOS TAVARES, CAMILA AYUMI GOTO, MARCO TULIO CRUZ BRAGA, MARIO DE GEUS NETO, LUCAS CHOI MARCHESANO

Instituição: Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

Apresentação de caso: Paciente do sexo masculino, 88 anos de idade, internado aos cuidados da equipe de Geriatria com história de lesões hipercrômicas e intensamente pruriginosas há cerca de 4 meses, principalmente em tronco e membros superiores. Negava queixas sistêmicas associadas. Ao exame físico, foram observadas extensas áreas de liquenificação e hiperqueratose cutânea, com exulceração em todo o tronco e membros superiores, sem flogose ou saída de secreção purulenta.

Referia apenas hipertensão arterial sistêmica em uso de Hidroclorotiazida e dislipidemia em uso de Sinvastatina. Negava alergias medicamentosas.

Exames laboratoriais da admissão mostraram Ureia = 200 e Creatinina = 10. Paciente internado para tratar doença renal crônica agudizada com necessidade de hemodiálise, a qual não tinha relato prévio.

Durante internação, evoluiu com complicações infecciosas (infecção do trato urinário, pneumonia e infecção de corrente sanguínea), fazendo uso de diversas medicações (Polimixina B, Vancomicina, Meropenem, Fluconazol, Ivermectina, Sertralina, Prednisona). Também apresentou disfagia e lesões mucosas em palato e lábios, sendo solicitada avaliação da Otorrinolaringologia.

Ao exame físico, paciente apresentava lesões bolhosas e exulceradas em todo o corpo, algumas crostas e descamação e lesões cicatriciais hipocrômicas. Além disso, a oroscopia mostrava lábios com bolhas rotas e áreas de exulceração, com lesões semelhantes em palato mole.

Realizada biópsia incisional em pele de mão direita que evidenciou clivagem subepidérmica com conteúdo composto por fibrina, linfócitos, neutrófilos e eosinófilos em papilas vizinhas à clivagem com predomínio de eosinófilos. Na imunofluorescência, IgM foi fraco, contínuo, em zona de membrana basal; C3 foi forte, contínuo, em zona de membrana basal e demais conjugados resultaram negativos.

Discussão: O penfigoide bolhoso é uma dermatose crônica e autoimune, que geralmente acomete idosos, sem predileção étnica, racial ou sexual. A incidência fica em torno de 6 a 12 casos novos por milhão de pessoas por ano.

Há relatos de que o penfigoide bolhoso seja induzido por radiação ultravioleta, radioterapia e alguns medicamentos, tais como Furosemida, Ibuprofeno, antibióticos, Penicilamina e Captopril. BPAg2 foi identificado como o principal antígeno envolvido no desenvolvimento da doença e autoanticorpos séricos contra esse antígeno foram correlacionados com a atividade da doença.

A doença costuma se apresentar com lesão pruriginosa intensa, seguida de erupção generalizada com formação de bolhas de conteúdo claro, principalmente em áreas flexurais. A evolução se dá em remissões e exacerbações, acometendo mucosas em 10 a 35% dos casos.

As amostras para biópsia são obtidas do tecido perilesional de uma nova bolha, classicamente mostrando uma bolha subepidérmica ou submucosa com teto viável. O infiltrado inflamatório associado é misto e particularmente rico em eosinófilos, contidos na cavidade bolhosa. A imunofluorescência direta revela deposição de C3 e IgG, sendo positiva em 80% dos casos.

Comentários finais: Na maioria dos pacientes, o tratamento gera remissão dentro de 1,5 a 5 anos. As modalidades de tratamento incluem agentes antiinflamatórios (por exemplo, corticosteroides, Dapsone e tetraciclina) e agentes imunossupressores (por exemplo, Azatioprina, Metotrexato, Micofenolato de Mofetil e Ciclofosfamida).

Palavras-chave: penfigoide bolhoso; subepidérmica.

TCP1017 MUCOCELE FRONTOETMOIDAL COMPLICADA COM MUCOPIOCELE E ABSCESSO INTRAORBITÁRIO: RELATO DE CASO

Autor principal: RAFAEL BUSTAMANTE DE CASTRO

Coautores: DANIEL ALENCASTRO DE SOUSA, MIKHAEL RANIER LEITE RAMALHO, PAULO AUGUSTO MOREIRA MATOS, ANNA DÉBORA ESMERALDO DOS SANTOS, ARTUR GUILHERME HOLANDA LIMA, GABRIEL PINHO MORORÓ, ERIKA FERREIRA GOMES

Instituição: Hospital Geral de Fortaleza

Apresentação do caso: Homem, 41 anos, com edema ocular progressivo há 20 dias da admissão, associado à dor facial homolateral, evoluindo com diplopia, diminuição da acuidade visual e restrição da movimentação ocular extrínseca ipsilaterais. Paciente referia episódios intermitentes de rinorreia amareloesverdeada nos últimos 06 meses. Ao exame físico, descrito à esquerda: proptose, quemose, hiperemia conjuntival e papiledema. TC de seios paranasais com contraste mostrou: lesão expansiva com atenuação de partes moles sem realce pelo meio de contraste no interior do seio frontal à esquerda, medindo 4,4x1,9 cm, de aspecto indeterminado, condicionando afilamento cortical ósseo posterior do referido seio e remodelamento ósseo anterior; Lesão similar, sugestiva de coleção/abscesso, encontrada na parede superolateral da órbita esquerda, extraconal, medindo 3,4 x 1,6 cm; Deiscência e erosão da lâmina papirácea esquerda; Sinusopatia maxilar e esfenoidal à esquerda obliterando respectivos recessos de drenagem; Septo nasal sinuoso. O paciente foi submetido, por via endonasal, à sinusotomia maxilar/ frontal (Draf 2B)/ esfenoidal esquerdas e etmoidectomia anteroposterior esquerda, sendo coletado material para histopatológico e microbiologia. No intraoperatório, os seguintes achados foram vistos: tecido friável obstruindo os seios maxilar, etmoidal e frontal esquerdos; secreção purulenta abundante em seio frontal esquerdo; erosão óssea aproximadamente de 3cm na tábua posterior do seio frontal esquerdo, com exposição de dura-máter, sem fístula. Foi também acrescida antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro à terapêutica. O paciente evoluiu com melhora importante da proptose e resolução completa da quemose e hiperemia ocular à esquerda, assim como reestabelecimento de mobilidade ocular extrínseca. Cultura de peça cirúrgica não mostrou crescimento de microorganismos e o histopatológico evidenciou apenas tecido de granulação. TC de órbita com contraste de controle, pós-cirúrgica, evidenciou regressão do abscesso. Diante da resposta clínico-tomográfica significativa, a equipe da oftalmologia optou por tratamento conservador do abscesso intraorbitário remanescente.

Discussão: As mucocèles dos seios paranasais correspondem a lesões expansivas, de crescimento lento, encapsuladas e localmente destrutivas, com habilidade de reabsorção óssea, levando à erosão e remodelamento ósseos da parede do seio comprometido pela doença, porém são benignas, preenchidas por muco e recobertas por epitélio da mucosa respiratória. Em geral são unilaterais e comprometem mais de um seio paranasal. Os seios mais afetados são, em ordem decrescente: seio frontal (60-65%), seios etmoidais (20-30%), maxilares (10%) e esfenoidais (2-3%). A mucocèle tem maior relação com cirurgia nasal prévia, traumatismo facial e rinossinusite crônica, assim como tumores nasais, displasia fibrosa e fibrose cística. As mucocèles frontoetmoidais podem cursar com cefaleia frontal, assimetria ou edema facial, além de manifestações oftalmológicas, como diplopia, proptose e redução da acuidade visual e da mobilidade ocular. As complicações orbitárias em geral se originam da reabsorção da lâmina papirácea. O manejo das mucocèles vai desde a cirurgia endoscópica funcional dos seios paranasais até a craniotomia, assim como a exposição craniofacial, com ou sem obliteração do seio. Caso haja indícios de infecção, o tratamento antibiótico adjuvante está indicado. À exceção da mucopiocèle sintomática aguda, idealmente a cirurgia não deve ser realizada no contexto de uma infecção, devido ao fato de poder haver um componente intracraniano ou intraorbitário.

Comentários finais: O paciente deste presente relato apresentou uma resposta expressiva dos sintomas oculares após o tratamento cirúrgico de mucocèle frontoetmoidal e da mucopiocèle, não sendo necessária a abordagem da oftalmologia em um segundo momento, permitindo o tratamento conservador do componente ocular.

Palavras-chave: mucocèle frontoetmoidal; complicações; tratamento.

Autor principal: EMILY BARBOSA DO NASCIMENTO

Coautores: CAIO EDDIE DE MELO ALVES, MOISÉS DE OLIVEIRA MEDEIROS, FABIANO PAES BARRETO AFFONSO, DANILO GALATI, DIEGO MONTEIRO DE CARVALHO

Instituição: Universidade Federal do Amazonas

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 27 anos, sem comorbidades, com histórico de infecções amigdalianas bacterianas de repetição, refratárias ao tratamento clínico com lisado bacteriano, além de resistência a diversos antimicrobianos orais. Foi indicada amigdalectomia, pelos critérios de Paradise, como opção terapêutica e, durante a preparação anestésica, com o objetivo de facilitar a intubação nasal, foram administradas 5 gotas de nafazolina de forma tópica em cada narina. Após 5 minutos do ato anestésico, paciente iniciou quadro de pico hipertensivo, com suspensão da cirurgia e despartar, seguido queixa de náuseas, cefaleia retro-orbitária intensa e dor torácica necessitando de cuidados em unidade de terapia intensiva por seis dias. Exames laboratoriais com D-dímero levemente alterado e Angio-tomografia de tórax normal, excluindo a hipótese diagnóstica de tromboembolismo pulmonar. Paciente no terceiro dia de internação, iniciou quadro de ataxia à esquerda e redução da acuidade visual em olho direito, quadro que foi justificado como resposta inflamatória cerebelar com imagem típica e temporária na ressonância magnética de cerebelo e PCR elevado, além de líquido sem alterações significativas, juntamente com descolamento de retina em olho direito. Ambos os quadros foram resolvidos com acompanhamento clínico ambulatorial e paciente encontrava-se assintomática após reabilitação.

Discussão: O Cloridrato de Nafazolina é uma droga comumente empregada como descongestionante nasal, pela sua ação vasoconstritora e descongestionante. O caso relata uma paciente que fez uso de aproximadamente 0,17 mg de Cloridrato de Nafazolina o que é abaixo da dose máxima diária recomenda de 0,408 mg. O acometimento sistêmico decorrente da intoxicação por Nafazolina é raro. No entanto, se presente, deve ser rapidamente revertido, pois a progressão do quadro pode levar a complicações graves, com ênfase na depressão do sistema nervoso central e a intensa vasoconstrição periférica. Os receptores de alfa 2 - adrenérgicos pré-sinápticos têm um efeito na liberação de noradrenalina com base no “Princípio do Feedback Negativo”. E de acordo com o mesmo “Princípio de Loop”, quando os receptores de alfa 2-centrais são estimulados, a secreção de catecolaminas reduz. A peculiaridade dos agonistas alfa 2-adrenérgicos seletivos é que quando se apresentam em overdose, eles perdem sua seletividade para o receptor alvo. Como resultado, a droga causa intoxicação aguda e, na maioria das vezes, esse efeito ocorre em crianças e adolescentes. A partir do momento em que a Nafazolina entra em contato com a circulação sistêmica, os receptores alfa-adrenérgicos dos vasos sanguíneos são ativados, fazendo com que a pré-carga e, conseqüentemente, a contração do miocárdio aumentem. Dessa forma, o seio carotídeo é envolvido e a atividade do nervo vago é aumentada. Acredita-se que a ativação dos receptores dos alfa-adrenérgicos centrais leva à depressão do sistema nervoso de várias intensidades, desse modo podendo causar alguns efeitos colaterais, principalmente nos casos de intoxicação, sendo eles: depressão do sistema nervoso causando sonolência podendo evoluir para coma, midríase, hipotensão, edema pulmonar, insuficiência respiratória, hipotermia e hiperidrose.

Comentários finais: Os efeitos cardiotóxicos agudos sistêmicos por ativação de receptores alfa-adrenérgicos dos vasos cardíacos após administração de nafazolina tópica nasal, devem ser lembrados face ao uso de descongestionantes tópicos nasais, notadamente no preparo pré-anestésico. O uso da nafazolina em qualquer situação precisa ser sempre respaldado no conhecimento científico da farmacocinética, da farmacodinâmica e dos efeitos colaterais da medicação, além da necessidade de equipe especializada para o pronto manejo das eventuais sequelas.

Palavras-chave: nafazolina; crise hipertensiva; tonsilectomia.

TCP1019

CISTO ÓSSEO ANEURISMÁTICO: UM RARO TUMOR DE SEIO MAXILAR COMO ACOMETIMENTO SECUNDÁRIO**Autor principal:** VINÍCIUS DOMENE**Coautores:** LEOPOLDO NIZAM PFEILSTICKER, NATALIA OLIVEIRA GONZAGA, MARIAH DE SOUZA ARANTES, BRUNA FERREIRA SILVA, PEDRO JULIANO DE MESQUITA FERREIRA, HENRIQUE VIVACQUA LEAL TEIXEIRA DE SIQUEIRA, TIAGO CARDOSO MARTINELLI**Instituição:** UNICAMP

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 8 anos de idade, com quadro de tumoração em seio maxilar direito há 2 anos, de crescimento mais rápido no último ano, associado a obstrução nasal, roncos noturnos e rinorreia hialina. Paciente possuía histórico de epilepsia, sem necessidade de medicações de uso contínuo. Ao exame físico, apresentava abaulamento em maxila direita, proptose ocular ipsilateral, com motilidade ocular extrínseca preservada. No exame de nasofibroscopia flexível, identificava-se abaulamento submucoso da parede medial do seio maxilar direito. Realizada punção da lesão com saída de líquido serosanguinolento.

Prosseguindo a investigação diagnóstica, foram realizados exames de tomografia computadorizada e ressonância magnética de face. Na tomografia, foi identificada formação expansiva ocupando todo o seio maxilar direito, empurrando suas paredes ósseas, causando obliteração da cavidade nasal direita, além de compressão e elevação do assoalho de órbita direita. Conteúdo heterogêneo, com áreas de maior atenuação e moderadamente captantes além placas calcificantes entremeadas que corroboraram com a hipótese de fibroma ossificante e displasia fibrosa. A ressonância magnética demonstrava também zonas císticas que poderiam corresponder aos achados de cistos ósseos aneurismáticos.

Em 09/12/2021 foi realizada a abordagem cirúrgica com incisão via caldwell-luc a direita, com deslocamento do tumor das regiões anteriores laterais, assoalho de órbita, com preservação do nervo infraorbitário. O resultado definitivo do anatomopatológico foi liberado em 10/01/2022, revelando um fibroma ossificante psamomatoide com cisto ósseo aneurismático associado.

Paciente se encontra em acompanhamento ambulatorial, sem sinais clínicos de recidiva, com proposta de controle tomográfico anual.

Discussão: Cisto ósseo aneurismático é uma lesão localmente destrutiva e rapidamente expansiva. Caracteriza-se por uma massa com múltiplos cistos, com localização mais comum na mandíbula. Não há preferência por gênero. O quadro clínico é de um abaulamento com evolução progressiva que varia de 2 semanas a 3 anos, sendo que os demais sintomas dependem de seu local de origem. Essa lesão pode estar associada a outros tumores como tumor de células gigantes, granuloma de células gigantes reparativo, hamartoma infantil, displasia fibrosa, osteossarcoma e osteossarcoma telangiectásico. O tratamento de escolha é cirúrgico. Devido a vascularização do tumor, pode-se optar por realizar uma angioembolização para sua redução de tamanho e por consequência diminuir o risco de sangramento intraoperatório. Há um alto índice de recorrência, sendo este maior no primeiro ano de seguimento, decorrente sobretudo da retirada incompleta do tumor, dificuldade de exposição cirúrgica ou dificuldade de acesso à lesão.

Comentário final: Os cistos ósseos aneurismáticos são lesões ósseas raras, que podem ter tendência a recidiva. É necessário acompanhamento com exames de imagem periódicos. A análise criteriosa do anatomopatológico se faz necessária, uma vez que tratam-se de lesões possivelmente secundárias a outros tumores.

Palavras-chave: cisto osseo aneurismático; seios maxilar; fibroma ossificante psamomatoide.

TCP1020 LEISHMANIOSE MUCOSA COM MANIFESTAÇÃO EM OROFARINGE: RELATO DE CASO

Autor principal: CAMILA DE PAIVA MARCOTTI

Coautores: JAYSON JÚNIOR MESTI, BIANCA DE MARCO DE MORAIS, GUILHERME ENZO GIOVANELLI MANSANO, GABRIELA LARSEN, GEOVANA PIRASSOL ROQUE, GRAZIELI ANDRÉA FERRAZZO BORGES DOS SANTOS

Instituição: Centro Universitário Ingá - UNINGÁ

Apresentação do caso: J.P.C, 63 anos, masculino, residente no município de Marialva-PR, apresentava história de fissura na região supraorbitária esquerda, com mais de 10 anos de evolução. Foi realizado tratamento caseiro pelo paciente, com o uso de água oxigenada, referindo desaparecimento da lesão. Em maio de 2022, notou o surgimento de lesão endurecida na mucosa nasal, com sinais de hiperemia, queixando-se de hipertrofia da língua, dor em palato mole, afonia e rouquidão. Ao exame otorrinolaringológico, foi visualizada lesão nodular e infiltrativa ocupando todo o palato duro com destruição parcial do palato mole e região de úvula. Apresentava retração palatal importante, com sinequia em parede posterior de faringe. Realizada biópsia da lesão, com PCR positivo para Leishmaniose. Foi então instituído tratamento, tendo sido realizado ciclo inicial com 40 ampolas de Glucantime, sem remissão das lesões. Iniciado então novo ciclo com 60 ampolas de Glucantime. O paciente segue realizando exames semanais de eletrocardiograma e metabólicos para acompanhamento de tratamento.

Discussão: A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença infecciosa não-contagiosa, causada pelo protozoário *Leishmania*, de ampla distribuição mundial. A transmissão da doença se dá pela picada de insetos flebotomíneos infectados. Trata-se de uma doença de evolução crônica, com alto coeficiente de detecção e elevada capacidade de produzir deformidades, por acometer principalmente a pele e estruturas cartilaginosas da orofaringe, de forma localizada ou difusa. A forma mucosa da doença é causada pela *Leishmania braziliensis*, e, apesar de a mucosa nasal ser a área mais comumente acometida, podem ser encontradas lesões nos lábios, boca, faringe e laringe. Ao acometer a mucosa nasal, a doença pode cursar com hiperemia e infiltração da região septal, com formação de tecido granulomatose, causando sintomas de obstrução nasal, epistaxe e granuloma do septo nasal anterior. Quando se estende para a mucosa laríngea, acometendo pregas vocais, o paciente costuma apresentar disфонia, com aspecto de voz abafada.

Classicamente, a leishmaniose em sua forma mucosa é secundária a doença cutânea, quando realizado tratamento inadequado da doença, normalmente se manifestando anos após a recorrência das lesões de pele. Dessa forma o diagnóstico precoce e o acesso ao tratamento da leishmaniose cutânea são fundamentais para evitar o desenvolvimento da sua forma mucosa e suas complicações, dada sua complexidade e gravidade. A droga de primeira escolha para o tratamento da leishmaniose em todo mundo são os compostos antimoniais pentavalentes.

Comentários finais: Com base no presente relato, concluímos a importância do diagnóstico precoce da leishmaniose tegumentar, além do acesso ao tratamento adequado, buscando evitar a sua evolução para formas mais graves e proporcionando uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Palavras-chave: leishmaniose; mucosa; tratamento.

TCP1021

SÍNDROME DE TOLOSA HUNT UM DOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DE CEFALÉIA RINOGÊNICA**Autor principal:** ISABELA BORG MARINHO**Coautores:** TATIANA DE ALMEIDA CASTRO E SOUZA, ALEXANDRA TORRES CORDEIRO LOPES DE SOUZA, LUCIANA DE ABREU E LIMA PAMPLONA, LAÍS ANDRADE DE OLIVEIRA, JESSICA AREIAS COELHO PEREIRA, LUCAS GRAZZIOTTI CEOLIN, THAMIRIS DIAS DELFINO CABRAL**Instituição:** Hospital Federal de Bonsucesso

Apresentação do caso: Paciente masculino, 57 anos, diabético insulínico dependente, apresentando cefaléia muito intensa e diplopia há um ano. Foi encaminhado ao otorrinolaringologista devido à presença de desvio septal na TC dos seios paranasais. Durante a consulta foi notada presença de proptose em olho direito; oftalmo paresia extrínseca parcial III, IV, VI e a possibilidade de cefaleia rinogênica foi afastada. O paciente foi, então, encaminhado para avaliação com a neurologia, e a fundoscopia demonstrou edema de papila e ausência de pulso venoso. RM e TC evidenciaram sinal inflamatório na fissura orbital superior direita (FOS) com atenuação da gordura local sem sinais de envolvimento granulomatoso. As triagens infecciosa e neoplásica não apresentaram alterações. O paciente foi submetido a pulsoterapia, obtendo uma resposta dramática. Alguns meses após, apresentou recorrência do quadro, agora associada a dor no ombro direito, paralisia do músculo rombóide menor, escápula alada e limitação dos movimentos do braço direito, sendo diagnosticado também com síndrome de Parsonage Turner.

Discussão: Tolosa Hunt é uma síndrome rara, e cursa com oftalmoplegia dolorosa e envolvimento de alguns pares cranianos, mais comumente os nervos oculomotor, abducente e troclear. É causada por uma inflamação granulomatosa idiopática e inespecífica no Seio Cavernoso e Fissura Orbitária Superior. A etiologia é desconhecida e o diagnóstico é por exclusão. Apesar do tratamento, os sintomas geralmente regredem espontaneamente em 8 semanas, porém o paciente descrito manteve a condição por um ano. Contudo, assim que iniciada a corticoterapia, a dor regrediu em 48 horas, fato que corrobora com a literatura. A doença evoluiu com recorrência, o que pode ocorrer em 40% dos casos. Nessas situações o tratamento imunossupressor adjuvante pode ser necessário, e neste caso foi indicado azatioprina.

Comentários finais: A Síndrome de Tolosa Hunt requer uma investigação minuciosa, considerando o diagnóstico diferencial da patologia de base. É de extrema importância a exclusão de doenças infecciosas e neoplásicas, pois continua sendo um diagnóstico de exclusão. No entanto, é de extrema importância suspeitar quando clínica compatível. Nosso caso ilustra uma síndrome típica com duração variável dos sintomas.

Palavras-chave: síndrome de Tolosa-Hunt; cefaleia; neurologia.

DOENÇA RELACIONADA AO IGG 4 ACOMETENDO SISTEMA NERVOSO CENTRAL: UM RELATO DE CASO

Autor principal: MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO

Coautores: EDUARDO ROMERO SAMPAIO BOTELHO, RHAYANE PATRICIA RODRIGUES DE OLIVEIRA, TAYANE OLIVEIRA PIRES, JOSE ELIAS DA SILVA MURAD, MAURÍCIO VILELA FREIRE, LARISSA FAVORETTO ALMEIDA

Instituição: Instituto Hospital de Base do Distrito Federal

Apresentação do caso: Paciente masculino, 40 anos, apresentou quadro de COVID-19 em agosto de 2021. Em outubro deu entrada no pronto-atendimento de otorrinolaringologia com queixa de otalgia bilateral, e quadro de otite média serosa. Realizada miringotomia à esquerda com colocação de tubo de ventilação de Shepard. Após quatro meses, evoluiu progressivamente com paralisia facial periférica ipsilateral, grau V de House-Brackmann, progredindo para paralisia facial contralateral, associado a cefaleia biparietal de forte intensidade, disfagia, disфония e perda auditiva mista bilateral. Inicialmente aventada possibilidade de meningite bacteriana como complicação de otite média aguda bilateral, sendo internado e manejado em conjunto com equipe da neurologia. Exames complementares evidenciaram discreta leucocitose de 12.000, VHS de 26 e líquido sem alterações para sustentar a hipótese diagnóstica. Ampliada investigação para quadro de paquimeningite sendo constatada alteração da dosagem de IgG4, 128 (valor de referência: 23 - 78). Iniciado tratamento com Rituximab e pulsoterapia com prednisolona para quadro de paquimeningite relacionada a doença por IgG4.

Discussão: A Doença relacionada ao IgG4 é uma condição autoimune que pode acometer múltiplos órgãos. O acometimento do sistema nervoso central (SNC) é raro e pode ser confundido com outros tumores. Quando lesa o SNC, é mais comum acontecerem alterações hipofisárias, contudo quando afeta a dura-máter, manifesta-se como paquimeningite hipertrófica associada à IgG4 (PH-DRlgG4). Essa condição é mais comum no sexo masculino, com idades que variam entre 50 e 60 anos, o que de certa forma foge do caso apresentado, por ser um paciente mais jovem em relação a faixa etária mais acometida. Acredita-se que sua patogênese esteja relacionada a um infiltrado rico em linfócitos B e T, que ativa os fibroblastos e induz a deposição de colágeno, ocasionando espessamento da dura-máter, principal meninge acometida. Esse espessamento provoca sinais e sintomas que frequentemente são interpretados como decorrentes de um efeito de massa no SNC, devido à compressão de múltiplos pares de nervos cranianos. Não existe um teste diagnóstico único para a doença, sua análise requer uma cuidadosa consideração de todos os dados disponíveis, incluindo a história, exame físico, Resultados, achados de imagem e patologia. As elevações da concentração sérica de IgG4 não são sensíveis nem específicas para o diagnóstico, mas corroboram para uma maior precisão. Sua grande variabilidade de apresentações clínicas dificulta o diagnóstico de forma inicial, sendo necessário o acompanhamento do paciente para esclarecimento do quadro. O paciente do caso clínico permaneceu internado e em investigação por alguns meses devido ao seu quadro ser semelhante a diversas outras doenças. Quase todos os pacientes com IgG4-RD devem ser tratados com imunossupressão para prevenir o acúmulo de danos nos demais órgãos. Neste caso foi utilizado o Rituximab para remissão da doença e melhora clínica.

Comentários finais: A relevância do caso está na raridade de Apresentação da doença relacionado ao IgG4, acometendo o Sistema Nervoso Central. É importante considerar esse diagnóstico em lesões que se manifestem como hipofisite ou paquimeningite hipertrófica, a fim de estabelecer um tratamento imunossupressivo adequado e em tempo. Por tratar-se de uma doença, muitas vezes, sistêmica, é importante o conhecimento médico adequado para evitar atraso no diagnóstico e evolução desfavorável, visando o bem estar do paciente e minimizando possíveis sequelas futuras. No caso reportado, o paciente respondeu bem à terapia imunossupressora, assim como evidencia a literatura, tendo permanecido até o momento, em recuperação da paralisia facial periférica, em acompanhamento no serviço de saúde.

Palavras-chave: doença IgG 4; otologia; paquimeningite.

Autor principal: BEATRIZ DORNELLES BASTOS

Coautores: YASMIN ALVES PETERSON, GIOVANA MARIA FONTANA WEBER, CAROLINA GRUENDLING, BRUNA LUISE HOFF JAEGER, MARIA EDUARDA RENNER, GIOVANA HAUSCHILD PELLEGRIN, INGRID WENDLAND SANTANNA

Instituição: *Universidade de Santa Cruz do Sul*

Apresentação do caso: Paciente masculino, 43 anos, iniciou com quadro de cefaleia hemcraniana à esquerda, ardência em face, sensação de mal estar geral e febrícula. Após 3 dias, evoluiu com dor intensa em região da articulação têmporo-mandibular e arco mandibular, associada a cefaleia e a otalgia. No dia seguinte, houve a erupção de vesículas periorais à esquerda, estendendo-se pelo arco da mandíbula durante os 3 dias seguintes. No 7º dia do quadro, houve ressecamento das vesículas, juntamente com quadro de dor intensa em caráter de ferroadada, parestesia, cefaleia e otalgia. Após, cursou com edema, hiperemia e surgimento de vesículas tanto no conduto auditivo externo, como no pavilhão auditivo. Ao diagnóstico de Herpes-Zóster do Ramo Mandibular do Nervo Trigêmeo, foi prescrito Fanciclovir, Oxycodona, Morfina, Codeína, Tramadol, Dipirona e Amitriptilina. Ao 14º dia de doença, iniciou-se a Pregabalina. Ao 17º dia do início dos sintomas, o paciente ainda permanece com dor e parestesia. No curso da doença, paciente apresentou complicação do quadro com otite média.

Discussão: Herpes-zóster (HZ) é uma infecção viral causada pela reativação do vírus varicela-zóster, o qual fica latente em gânglios dos nervos sensoriais após primeiro contato - normalmente na infância, na forma de Varicela. O acometimento trigeminal ocorre em até 20% dos casos de HZ, sendo o ramo oftálmico o mais acometido, seguido pelo ramo maxilar. O envolvimento do ramo mandibular é raro, havendo poucos relatos na literatura de seu acometimento isolado. Quando reativado, o HZ trigeminal pode causar erupções maculopapulares na pele topograficamente correspondente à anatomia do dermatomo acometido, além de manifestações periorais e na mucosa - podendo ser móvel ou aderida -, limitando-se à linha média, causando dores fortes, tremores e parestesia. Essas erupções evoluem de exantema pruriginoso para vesículas, pústulas e, posteriormente, formam crostas. Quando há acometimento dos ramos mandibular e maxilar do trigêmeo, o caso clínico pode cursar com desvitalização dentária e osteomielite ou necrose óssea alveolar em maxila ou mandíbula. Não há entendimento completo sobre os mecanismos de manutenção, de latência e de reativação do vírus, mas sabe-se que fatores como imunossupressão, estresse emocional, radioterapia e trauma físico podem influenciar na instalação da patologia. A incidência de HZ se dá de forma mais expressiva acima dos 45 anos, aumentando de forma diretamente proporcional à idade. A Apresentação algica local e vesículas unilaterais sobre o trajeto do dermatomo afetado permitem um diagnóstico imediato. A infecção é autolimitada em pacientes sem comprometimento imunológico, atenuando-se em 10-14 dias. O tratamento consiste no uso de antivirais sistêmicos que aceleram a cicatrização das erupções, reduzem a intensidade e a duração da dor, bem como a instauração da neuralgia pós-herpética - complicação mais comum no caso de tratamento tardio, caracterizada pela dor neuropática crônica, persistindo no mínimo 1 mês no ramo do nervo afetado. Assim, iniciar o tratamento em até 72h do surgimento das lesões mostrou-se ser clinicamente benéfico, ressaltando a importância do diagnóstico precoce. Ademais o uso de analgésicos simples, opióides, antidepressivos tricíclicos, AINEs e corticoides podem ser utilizados como coadjuvantes terapêuticos, conforme a severidade da dor.

Comentários finais: Neste caso específico, não houve dificuldade diagnóstica da patologia, visto que a maioria dos sinais e sintomas foram específicos e bem localizados - região mandibular unilateral. Além disso, não houve evolução para um quadro mais grave, tendo o paciente apresentado apenas otite média. Entretanto, dado o índice considerável de possíveis complicações graves e a raridade da topografia da doença, deve-se ressaltar a importância de um diagnóstico e de um tratamento efetivo e precoce, uma vez que o atraso é um fator agravante e predisponente a futuras complicações possivelmente graves - como a osteomielite.

Palavras-chave: Herpes Zoster; doenças do nervo trigêmeo; infecção pelo vírus da Varicela-Zoster.

TCP1024 **RELAÇÃO ENTRE O EXAME OTORRINOLARINGOLÓGICO E DEMAIS PATOLOGIAS CLÍNICAS****Autor principal:** JULIA COLARES MOREIRA**Coautores:** MARINA COLARES MOREIRA, ALICE ANGELICA SIQUEIRA ROCHA COLARES MOREIRA, RAQUEL GOMES CASTANHEIRA, FELIPE AUGUSTO REIS DE OLIVEIRA, RAISSA CARVALHO PEREIRA, IGOR SANTOS PEREZ ABREU, SABLINE RODRIGUES SÉRGIO**Instituição:** *Núcleo de Otorrino BH*

Apresentação do caso: Paciente 62 anos, hipertensa, comparece em consulta em pronto atendimento de otorrino em clínica particular queixando astenia, rinorreia e tosse com expectoração ocasional de sangue. Em primeira consulta identificado em rinoscopia secreção hialina, além de coágulo de sangue em região antero inferior do septo nasal à direita, sem alterações em oroscopia e otoscopia. Paciente liberada com prescrição de medicação antialérgica e lavagem nasal, além de orientada quanto medidas para evitar recorrência do sangramento. Retorna no dia posterior, mantendo queixa de expectoração de sangue, relatando ainda aumento da intensidade. Ao exame foi observado em rinoscopia manutenção de secreção hialina e do coágulo em septo nasal à direita, sendo identificado em oroscopia surgimento de várias petéquias em mucosa. Negava história de coagulopatias. Sem sangramento ativo no momento do exame. Endoscopia nasossinusal foi solicitada revelando áreas friáveis e ectasias vasculares em toda mucosa nasal e uma em face laringea da epiglote, além de secreção purulenta em meato médio esquerdo. Em revisão laboratorial coagulograma revelou 30 000 plaquetas. A paciente foi referida para um serviço hospitalar, onde a investigação foi estendida, sendo comprovado o diagnóstico de Purpura Trombocitopênica Imune (PTI).

Discussão: A PTI é definida como uma doença caracterizada pelo aumento da destruição plaquetária devido a ação de autoanticorpos antiplaquetários, os quais se ligam as glicoproteínas (GP IIb/IIIa e Ib/IX) da membrana plaquetária, levando seu reconhecimento pelas células de defesa localizadas no baço e em outras áreas de tecido reticuloendotelial, sendo então destruídas, levando a um menor tempo de vida médio plaquetário e, consequentemente, a menores contagens de plaquetas circulantes. Clinicamente é caracterizada pelo surgimento súbito de equimoses, petéquias e sangramentos mucosas ativos, sendo frequente o relato de infecções virais ou imunização precedendo algumas semanas ao quadro. Enquanto em crianças a doença tende a ser autolimitada, com cura espontânea dentro dos seis meses de diagnóstico, em adultos tende a cronicar. A persistência do quadro trombocitopênico por mais de seis meses caracteriza a PTI crônica. O principal objetivo do tratamento de PTI é evitar o sangramento, aumentando a contagem de plaquetas para um alcance estável. Os principais tratamentos descritos são corticosteroides e imunoglobulinas, sendo em alguns casos indicado a esplenectomia.

Comentários finais: As infecções virais compreendem as afecções mais frequentes da prática clínica. Muitas vezes, manifestam-se com sintomas gerais como febre, astenia, mialgia, exantemas e hiporexia. Frequentemente têm curso autolimitado, raramente necessitando de tratamento medicamentoso, tendo como foco primário principalmente as vias aéreas superiores. Geralmente devido à baixa gravidade do quadro, a identificação do agente etiológico é raramente pesquisada e a realização de exames complementares muitas vezes dispensáveis. Entretanto a valorização da queixa do paciente é de suma importância, devendo-se sempre atentar as manifestações clínicas, correlacionando-as com possíveis diagnósticos diferenciais, sempre levando em conta que as infecções de vias aéreas superiores podem funcionar como manifestação inicial de diversas patologias. Uma vez que as infecções de vias aéreas são consideradas como possível fator desencadeante da PTI é importante a correlação de doenças otorrinolaringológicas com demais patologias clínicas, sendo interessante realização de revisão laboratorial, além da extensão do exame físico através da realização de exames como a Endoscopia Nasossinusal.

Palavras-chave: púrpura; exame físico; vias aéreas superiores.

TCP1025 ESTOMATITE UREMICA: RELATO DE CASO

Autor principal: LARISSA VENDRAME DE MARCHI

Coautores: KELLY SATICO MIZUMOTO, GABRIELA JOSEFA MORAES, GIOVANNA SANTOS PIEDADE, BEATRIZ ALVAREZ MATTAR, GUILHERME SPEZIA DALLA COSTA, CAMILA BLOSS CORDOVA, HENRIQUE MITSUO MURAOKA

Instituição: Hospital Universitario Evangelico Mackenzie

Apresentação do caso: Paciente masculino, 36 anos, com doença renal crônica (DRC) por nefropatia por IgA, hipertenso, pré-dialítico e no aguardo de transplante renal comparece em pronto atendimento de serviço terciário com quadro de 20 dias de evolução de inapetência, parageusia e odinofagia associados a aparecimento de lesão em assoalho lingual. Relatado dor e episódios autolimitados de sangramento em região de assoalho e ponta de língua, ocasionando dificuldade de aceitação de dieta via oral.

Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, sonolento, hipocorado, desidratado e hipertenso (164/107). À oroscopia era notável edema em língua e lesões esbranquiçadas de aproximadamente 3 cm, endurecidas, fixas e dolorosas à palpação, com áreas de necrose. Realizado internamento para investigação do quadro e manejo de quadro de base. Os exames laboratoriais de admissão revelaram contagem de células brancas de 4.900 por mm³; hemoglobina de 5,1 g/dL; plaquetas 152.000 mil/mm³; potássio 8 mEq/L; sódio 129 mEq/L; ureia de 536 mg/dL e creatinina de 34,8 mg/dL. Portanto, apresentava uma hipercalemia, uma anemia normocrômica normocítica e ocorrência de uma síndrome urêmica. O paciente foi submetido a endoscopia digestiva alta (EDA) na qual foi visualizada pangastrite erosiva severa, úlcera Forrest IIB em corpo do estômago e lesão ulcerada em antro classificada H2 de Sakita.

A provável causa de agudização da DRC foi a hemorragia digestiva alta (HDA), desencadeando o aparecimento de estomatite urêmica. Iniciado tratamento com hemodiálise para estabilização de função renal, nebulização com fentoterol para hipercalemia, dois concentrados de hemácia para a anemia e inibidor de bomba de próton para proteção gástrica. Para as lesões orais, antimicrobiano (amoxicilina com clavulanato) e higiene oral com água oxigenada 10% e clorexidina 0,12%. Ocorreu diminuição progressiva da ureia (87 mg/dL) e da creatinina (7,54 mg/dL) 10 dias após início do tratamento, concomitantemente com remissão das lesões em língua (figura 3) e dos outros sintomas orais.

Discussão: A estomatite urêmica ocorre devido a elevação da ureia nitrogenada no sangue (níveis acima de 300 mg/ml) e a perda da resistência tecidual, resultante de um trauma ou patologia. A fisiopatologia está relacionada com a insuficiência renal de longa data e agressivas alterações urêmicas no organismo. Entretanto, devido ao advento da diálise renal, esta condição é considerada um achado clínico atípico. Entre as principais características estão a presença de lesões esbranquiçadas na cavidade oral, com úlceras e sangramento, disgeusia, xerostomia e hálito urêmico. O diagnóstico é através de uma avaliação clínica e exames laboratoriais para avaliar a função renal. A estomatite urêmica, na maioria dos casos, apresenta melhora expressiva com o tratamento da DRC e correção da uremia, além da higiene oral. Neste caso, também foi necessário tratamento da HDA, uma complicação importante em pacientes com DRC, com significativa taxa de morbidade e mortalidade, que pode ocorrer pelas alterações metabólicas da doença renal.

Comentários finais: Após o advento de diálise renal, a incidência de uremia grave na DRC é rara, e o achado de estomatite urêmica é incomum. O diagnóstico precoce de alterações bucais nos pacientes com DRC é essencial por permitir um impacto positivo sobre o curso da doença renal. Além disso, pelo elevado número de alterações gastrointestinais em candidatos a receber transplante renal, é recomendado EDA de rastreo para essa parcela da população.

Autor principal: LUIZ AUGUSTO CORDEIRO DE ANDRADE

Coautores: JULIANA ALVES FERREIRA, MARTA MARIA SANTOS DE JESUS ANDRADE, CECÍLIA CERQUEIRA SUZARTE ALMEIDA, LIZANDRA BRANDÃO MALHEIROS ALMEIDA, RANNA GABRIELA FERNANDES DE FIGUEIREDO, TATIANE PIRES DE OLIVEIRA ALMEIDA

Instituição: *Clínica Otorrinoprev*

Apresentação: Paciente sexo feminino, 57 anos, chegou ao hospital em regular estado geral, lúcida, orientada, apresentando desconforto respiratório em ar ambiente. Relatou ter engolido osso bovino há 3 dias. Foi realizada tomografia computadorizada de pescoço, tórax e abdome total com contraste. As imagens tomográficas sugeriram a presença de Corpo Estranho (CE) em via aérea, em proximidade com epiglote, apresentando enfisema subcutâneo, com progressão de pneumomediastino. Sinais sugestivos de perfuração esofágica. Campos pulmonares com achado compatível de pequeno a moderado derrame pleural à direita, associada a condensações, notadamente em pulmão esquerdo. A paciente foi avaliada por médico otorrinolaringologista através de videoendoscopia para visualização de CE. Sendo visualizada CE em hipofaringe, com presença de secreção purulenta abundante e sangramento. Prosseguiu com retirada do CE, por meio de videolaringoscopia, utilizando pinça Magill. O CE era um osso com cerca de 3x3 cm. Após a desobstrução, foi solicitada avaliação da Cirurgia Geral por provável perfuração de esôfago. A paciente evoluiu com hemoptise de moderada quantidade. No dia seguinte, apresentou quadro de desconforto respiratório agudo, com necessidade de suporte em ventilação mecânica e cuidados em UTI. A paciente evoluiu com múltiplas paradas cardiorrespiratórias, que levaram a óbito em seguida.

Discussão: A Obstrução de Via Aérea Superior por Corpo Estranho (OVACE) é uma condição potencialmente fatal causada pela aspiração de um CE localizado na laringe ou na traqueia, podendo ser parcial ou total, de acordo com grau de obstrução da via. Não tem preferência por sexo, porém, em sua maioria, acomete indivíduos em extremos de idade – crianças e idosos ou indivíduos com alteração do nível de consciência. O quadro é considerado uma emergência, sendo fundamental a rapidez em seu reconhecimento e efetividade da conduta. No caso relatado, a suspeita diagnóstica se deu pela anamnese e exame físico. O exame físico em paciente com suspeita de aspiração de CE pode ser normal ou inespecífico, como tosse e rouquidão, especialmente se o CE for pequeno. Além disso, os sintomas podem persistir por alguns dias, mesmo após a expectoração espontânea do CE. Já nos casos com CE alojado na traqueia ou brônquio principal, o exame físico pode revelar estridor, tosse persistente, dispneia, sibilos ou redução do murmúrio vesicular no lado acometido. A história de ingestão de um CE orgânico associado a desconforto respiratório sugeriu um quadro de OVACE. Para confirmação da hipótese foi realizada TC de pescoço, tórax e abdome total, apesar de não ser o exame padrão ouro – visto que a broncoscopia apresenta melhores Resultados no diagnóstico e tratamento de OVACE. A extração do CE pode ser desafiadora para o cirurgião, como no caso reportado, por ser um CE de tamanho significativo. Pode ser utilizada uma variedade de instrumentos cirúrgicos para retirar CE em glote, região supraglótica ou hipofaríngea. A escolha depende do tamanho, forma e consistência do CE. Um dos métodos mais comuns é com a pinça Magill sob visualização direta ou videolaringoscopia, como usado nessa paciente. Foi visualizado CE de grande dimensão, o que justifica a obstrução da via aérea e maior risco de complicações. Apesar da remoção do CE, não houve remissão do quadro da paciente, provavelmente devido à perfuração esofágica secundária. Essa é uma complicação que pode ser advinda tanto da aspiração, quanto da remoção de CE, sua Apresentação clínica varia de acordo com a causa, localização, tamanho e grau de contaminação. Devido ao grande tamanho do corpo estranho e da complicação pode ter favorecido o desfecho do caso.

Comentários finais: A aspiração de CE pode se tornar uma condição complexa a depender das peculiaridades do CE, como o apresentado no caso, que possuía dimensões atípicas. Esses se relacionam com maiores complicações, como a obstrução de via aérea superior e a perfuração esofágica relatadas. Isso alerta para a morbidade e mortalidade envolvidas, o que levanta a importância da prevenção e sensibilização dos indivíduos para esse tema.

Palavras-chave: corpo estranho de via aérea; perfuração de esôfago; insuficiência respiratória, óbito.

TCP1027 DISFAGIA E PIGARRO SECUNDÁRIOS À VARIAÇÃO ANATÔMICA DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA DIREITA

Autor principal: EMILY BARBOSA DO NASCIMENTO

Coautores: LUANNA PILLA PIMENTEL, CAIO EDDIE DE MELO ALVES, YANE MELO DA SILVA SANTANA, RAÍSSA COSTA SAID, ÁLEX WILKER ALVES SOARES, MICHEL DE ARAÚJO TAVARES, DIEGO MONTEIRO DE CARVALHO

Instituição: Universidade Federal do Amazonas

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 73 anos, aposentado, ex-tabagista, procurou atendimento médico em um serviço de referência em otorrinolaringologia devido quadro de rouquidão, pigarro e disfagia com piora progressiva nos últimos anos, sem histórico de tabagismo nem perda consuptiva. Ao exame de videolaringoscopia (VDL), foi evidenciado massa pulsátil em hipofaringe à direita, obliterando o seio piriforme à direita, e sinais de laringite posterior acentuada. Angiorressonância de pescoço indicando tortuosidade da artéria carótida interna (ACI) insinuando-se para região da oro e hipofaringe. Dessa forma, a conduta terapêutica foi baseada no reforço das medidas comportamentais e dietéticas de refluxo laringofaríngeo, realização de VDL de controle a cada um ano, pantoprazol magnésico e acompanhamento de cirurgia vascular.

Discussão: A artéria carótida interna em condições normais apresenta um trajeto vertical, reto e ascendente até a base do crânio, não emitindo ramificações. Todavia, pode haver variações anatômicas, como no caso clínico abordado, em que se trata de uma tortuosidade da ACI direita na porção cervical. As anormalidades anatômicas da parte cervical da ACI não são raras na população em geral, acometendo cerca de 10% a 40%, sendo mais frequente em idosos. As ACIs aberrantes podem ser assintomáticas, como ocorre na maioria dos casos e geralmente é descoberto acidentalmente, ou sintomáticas, tendo como sintomas mais recorrentes dor de garganta, disfagia, disfonia, sensação de corpo estranho na faringe, massas pulsáteis e sensação de desconforto respiratório superior. Há diversos fatores que favorecem o desencadeamento desse quadro clínico: o envelhecimento, que pode levar a um déficit de elastina na parede arterial, resultando em fraqueza da mesma e, conseqüentemente, na torção e no enrolamento da ACIs; a hipertensão, a arteriosclerose e a displasia fibromuscular (condições patológicas) que podem alongar o arco aórtico, deslocando a artéria carótida comum direita, a qual se dobra para se acomodar no espaço que se torna reduzido; e erros durante o processo embriológico, visto que no embrião as ACIs são dobradas e enroladas e, à medida que o coração recua para o tórax, elas são estendidas e as dobras são eliminadas. As anormalidades da ACI são mais incidentes do lado direito. Isso se deve à disposição anatômica, a qual tem a artéria carótida comum direita se originando do tronco braquiocéfálico e sendo submetida a um maior impulso sistólico, o que potencializa a elevação do arco aórtico. Já a artéria carótida esquerda se origina diretamente do arco da aorta, dificultando a ocorrência de anormalidades no formato e trajeto da ACI desse lado.

Comentários finais: Esse caso clínico possibilita reconhecer e levar em consideração as complicações potenciais que podem vir a ocorrer em pacientes com tal quadro. Procedimentos otorrinolaringológicos comuns (como amigdalectomia e adenoidectomia), procedimentos anestésicos, procedimentos radiológicos e cirurgias podem prejudicar esses pacientes, já que a tortuosidade da ACI resulta em estreita relação da parte cervical da artéria com a parede faríngea, o que aumenta o risco de lesão durante alguma intervenção médica.

Palavras-chave: artéria carótida interna; variação anatômica; disfagia.

Autor principal: LAURA MARTINS GIRALDI

Coautores: EDUARDO DE AGUIAR BUERGER, ENRICO GUIDO OLIVEIRA MINNITI, PEDRO DE AGUIAR SOARES, CLAUDIO JOSE BELTRAO, MARCO CESAR JORGE DOS SANTOS

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Objetivos: Evidenciar a redução expressiva no número de atendimentos otorrinolaringológicos e a mudança de padrão dos diagnósticos das patologias que foram realizados em um hospital de referência devido a pandemia da COVID-19.

Métodos: Trata-se de um estudo observacional de delineamento transversal com dados de fonte secundária baseado em atendimentos realizados no período de 1 de fevereiro a 30 de setembro dos anos de 2017, 2018, 2019 e 2020. Os dados obtidos foram referentes ao sexo, faixa etária e diagnósticos mais prevalentes nos atendimentos. Foram incluídos atendimentos ambulatoriais e de urgência que apresentaram prevalência maior que 1%. Foram excluídos os atendimentos relacionados a convalescença pós-cirúrgica (CID-10: Z54.0).

Resultados: Foram incluídos no estudo 627.189 atendimentos. Observou-se uma redução de 42,84% no número de atendimentos realizados em 2020 (n=100.374) quando comparado à média de atendimentos nos três anos anteriores (n=175.605). Os diagnósticos mais prevalentes em 2020 foram rinite alérgica não especificada (n=9.323), cerume impactado (n=9.004) e desvio de septo (n=5.248), enquanto na média dos anos anteriores os mais prevalentes foram rinite alérgica não especificada (n=16.242), cerume impactado (n=11.094) e amigdalite aguda não especificada (n=10.617). Além disso, identificou-se uma alteração expressiva nos diagnósticos de algumas patologias em 2020, os três que apresentaram maior queda foram sinusite maxilar aguda (-88,89%), laringite aguda (-82,78%) e outras otites médias agudas não-supurativas (-80,83%). Com relação ao sexo dos pacientes, os dados indicaram uma queda de 44,07% no número médio de atendimentos realizados por pacientes do sexo feminino nos anos que antecederam a pandemia (n=101.903), para 56.992 em 2020. Já nos pacientes de sexo masculino, foram realizados 43.374 atendimentos em 2020, 41,13% a menos que a média dos anos anteriores que foi de 73.683. Quanto à faixa etária dos pacientes atendidos, os pacientes com idade de 0 a 19 anos foram os que apresentaram maior diferença no número de atendimentos no período, uma redução de 56,20%; os idosos (≥ 60 anos) apresentaram uma redução de 40,65%; os adultos (20 a 59 anos) reduziram em 38,39% os atendimentos.

Discussão: A pandemia de COVID-19 provocou nos sistemas públicos e privados de saúde do Brasil grandes alterações em seu modo de funcionamento para que fossem atendidas as demandas, fazendo com que outras doenças ficassem desassistidas. Foi encontrada uma redução de mais de 50% no número de atendimentos do departamento de otorrinolaringologia em um hospital de Goiás nos meses iniciais da pandemia, dados que corroboram com os achados do presente estudo. Observou-se diminuição drástica no número de atendimentos médicos não somente na área da otorrinolaringologia, como também em pré-natais e em consultas de atenção primária, conforme apontam estudos. Esta mudança radical na busca por auxílio médico pode trazer consequências a curto e a longo prazo para os pacientes, pois algumas doenças, como a sinusite maxilar aguda e outras doenças otorrinolaringológicas, possuem potencial de cronicidade e complicações graves. O dado encontrado quanto à redução no número de atendimentos otorrinolaringológicos da faixa etária dos jovens ser maior que os idosos, sugere que os idosos, em geral, apresentam quadros com maior necessidade de cuidado médico do que os jovens.

Conclusão: A pandemia de COVID-19 impactou no número de atendimentos e no perfil dos principais diagnósticos em consulta médica otorrinolaringológica de um hospital referência nesta especialidade.

Palavras-chave: Covid-19; cuidados médicos; pandemias.

TCP1029 SÍNDROME DE FISHER MILLER INDUZIDA POR COVID-19: RELATO DE CASO

Autor principal: LYS MARIA ALLENSTEIN GONDIM

Coautores: GABRIEL HENRIQUE RISSO, YASMIM BRUSTOLIN LOBO RODRIGUES, GRAZIELLE BOHORA SILVA GONÇALVES

Instituição: UNIVALI

Apresentação do caso: VADS, feminina, 41 anos, negra, procurou atendimento em ambulatório de otorrinolaringologia em setembro de 2021, encaminhada do Centro de Reabilitação Pós-COVID(CRPC) de Itajaí, referindo que há 5 meses, dois dias após primoinfecção por COVID-19(teste positivo em 23 de fevereiro de 2021), iniciou com hipo-nasalização da voz, disfagia, disartria e disfonia intensa, associada a dor muscular intermitente na região do masseter e hipotonia de membros inferiores, com regressão parcial do quadro com uso de prednisolona 40mg por 12 dias, fisioterapia e fonoterapia. Ao exame físico, apresenta estalido em ATM, hipo-nasalização da voz, disartria e anteriorização cervical à deglutição. Realizou eletroneuromiografia (ENMG) de face que evidenciou sinais de padrão neuropático sensitivo-motor difuso, assimétrico, com sinais de reinervação antiga e sem sinais de doença em atividade no momento, sugestivo de patologia neuropática difusa. Em nasofibrolaringoscopia, apresentou sinais de refluxo faringolaríngeo moderado, hipertrofia leve de tecido linfóide rinofaríngeo e língua, e ausência de lesão em pregas vocais. A ressonância magnética (RM) de encéfalo não mostrou alterações. Posto isso, o diagnóstico de Síndrome de Miller Fisher (SMF) desencadeada por infecção por COVID-19 foi estabelecido.

Discussão: A SMF, uma variante da Síndrome de Guillain Barré (SGB), é descrita como uma paralisia flácida pós-infecciosa e auto-imune, decorrente da inflamação e lesão dos nervos periféricos. Apesar de ser caracterizada pela tríade que inclui oftalmoplegia, ataxia e arreflexia, pode apresentar-se de diversas formas, com clínica de difícil reconhecimento. Os pares cranianos acometidos são, em ordem decrescente de envolvimento: VII, IX, X, VI e III. Em 70% dos casos da síndrome, encontra-se história de infecção de vias aéreas superiores (IVAS) ou trato gastrointestinal precedendo, em média, 10 dias o quadro. Em análise realizada por Nagashima et al em 2007, com amostragem de 26 pacientes acometidos por SMF, em 69.2% dos casos foram descritas IVAS precedendo o quadro. Além disso, o estudo mostrou que o sintoma inicial em um caso foi disfagia e, em três, voz hiponasal. O diagnóstico é realizado através da Apresentação clínica e exames laboratoriais e/ou de imagem, como anticorpos séricos IgG anti-GQ1b, dissociação proteíno-citológica no líquido e alterações na ENMG, sendo que, nesta última, os achados mais frequentes são o aumento das latências distais e anormalidades dos potenciais de ação dos nervos sensitivos. Já a RM, não revelará lesões específicas. Apesar de autolimitada, os estudos sobre o tratamento da SMF preconizam uso de: plasmaférese, gamaglobulina intravenosa e/ou corticosteróides. A recuperação inicia-se de 2 a 4 semanas após o surgimento dos sintomas, até 6 meses para remissão completa. Após fase aguda, o paciente deverá ser incentivado a retomar suas funções diárias, sendo importante o auxílio das terapias, como neste relato, que houve acesso a equipe multidisciplinar do CRPC para a realização precoce de fisioterapia e fonoterapia. De acordo com a literatura, a SMF costuma apresentar prognóstico favorável, com boa recuperação e sem défices residuais. Até o momento, cerca de 80 casos do espectro da SGB desencadeados pela COVID-19 foram relatados. Dentre estes, a SMF tem sido relatada em raras ocasiões. Nos 7 dos 13 casos relatados, incluindo o atual, os sintomas neurológicos iniciaram em uma lacuna tipicamente menor de 5 dias após o início dos primeiros sintomas de COVID-19 e nos demais, duas semanas. No caso em questão, tivemos a realização de ENMG sugestivo de SMF, além da clínica supracitada. Tal exame só foi registrado em outros 3 casos, dentre os 13, que correlacionam SMF e COVID-19.

Comentários finais: O diagnóstico de SMF mostra-se um verdadeiro desafio, visto o desconhecimento da real fisiopatologia. É importante que os médicos atentem às manifestações neurológicas da COVID-19 ou subsequentes a ela. O precoce diagnóstico com terapêutica para SMF garantem evolução favorável na maioria dos casos e evitam investigações desnecessárias.

Palavras-chave: COVID-19; síndrome de Fisher Miller; SARS-CoV-2.

Autor principal: DANIEL ZUCOLLOTTO CANDEIAS

Coautores: ANA PAULA DIAS FERNANDES, JULIA MARIA MASCARENHAS ALVARENGA, YANE FLÁVIA DE BARROS CURADO FLEURY, MANUELLA GOES DOS SANTOS RAPOSO, TAMIRES APARECIDA ALVES BORGES, VICTOR JACOME SOARES MARTINS, FLAVIA VARELA CAPONE

Instituição: Hospital Federal da Lagoa

Descrição do caso: Paciente de 38 anos, do sexo masculino, avaliado no ambulatório de otorrinolaringologia do Hospital Federal da Lagoa, RJ, apresentava queda progressiva do estado geral há 2 meses, perda ponderal de 20 Kg em 1 mês e meio, hiporexia, tosse seca e dispneia aos pequenos esforços, massas cervicais não fistulizadas dolorosas e lesão em cavidade oral com sangramento ocasional e sem odinofagia importante associada.

História pregressa de tratamento incompleto para sífilis. Sem demais comorbidades. Tabagista, ex-usuário de maconha e crack.

Ao exame: Regular estado geral, emagrecido, hipocorado. Rinoscopia com lesão ulcerativa rasa em septo nasal anterior, mucosa hiperemiada. Orosopia apresentando lesão palatal de aspecto granulomatoso infiltrativo, com petéquias discretas e presença de fístula central para cavidade nasal, exsudato amarelado em língua e orofaringe, dentes em mal estado de conservação, palpação da cavidade oral indolor. Linfonodomegalias cervicais bilaterais, endurecidas, não aderidas, dolorosas à manipulação e sem fistulização cutânea.

Realizada biópsia ambulatorial de palato duro e encaminhado para internação hospitalar. Laudo histopatológico evidenciou fragmento irregular de tecido pardo e elástico medindo 0,4x0,2cm, compatível com hiperplasia pseudoepiteliomatosa com exocitose neutrofílica e de hemácias, além de espongiose. Observando-se na periferia da lesão escassas estruturas arredondadas sugestivas de estruturas fúngicas recobertas por cápsula. Coloração especial de Grocott evidenciou fungos com conformação em brotamento, sugestivo de *Paracoccidioides sp.*. Realizados raspados de mucosa oral e biópsias de pele compatíveis com o diagnóstico de micose profunda.

Paciente realizou investigação complementar para doenças associadas, positivo para sífilis, demais sorologias negativas. Realizou tratamento para paracoccidioidomicose com Anfotericina B e Sulfametoxazol + Trimetoprim e tratamento para sífilis latente tardia com penicilina benzatina. Segue em seguimento conjunto com clínica médica, infectologia e otorrinolaringologia para avaliar surgimento de novas lesões.

Discussão: Paracoccidioidomicose é uma doença micótica sistêmica endêmica causada por fungos dimórficos do gênero *Paracoccidioides*, causada usualmente por duas espécies (*P. brasiliensis* e *P. lutzii*), as quais apresentam distribuição geográfica limitada à América Central e do Sul. A infecção ocorre, por inalação do fungo, causando infecção pulmonar assintomática, que, quando não contida pelo hospedeiro, pode evoluir de duas formas, a crônica, que representa a reativação do foco infeccioso primário e evolução insidiosa, uni ou multifocal (sistêmica), sendo a forma clínica mais comum, e a aguda/subaguda, na qual ocorre disseminação rápida para o sistema retículo endotelial.

Na forma crônica, o pulmão é o sítio mais acometido (77% dos casos), seguido por envolvimento mucoso (50%) na cavidade oral, orofaringe, laringe e nasal, e de outros sítios como pele, linfonodos, adrenal e sistema nervoso central. Na forma aguda/subaguda, ocorre com frequência linfadenopatias, hepatoesplenomegalia, anemia e sintomas sistêmicos de febre e perda ponderal.

O diagnóstico, baseia-se na visualização microscópica de estruturas fúngicas sugestivas de *Paracoccidioides spp.* e/ou por cultura das amostras obtidas, sendo os testes sorológicos usados para monitorização da resposta terapêutica. O tratamento depende do acometimento clínico, na doença leve a moderada, o medicamento de escolha é o itraconazol, e na severa, tratamento endovenoso com anfotericina B ou sulfametoxazol-trimetoprim/fluconazol como alternativa, por um período mínimo de 6-12 meses conforme a gravidade.

Comentários finais: A paracoccidioidomicose é uma doença fúngica sistêmica, que pode se manifestar por lesões oronasais, cutâneas e manifestações pulmonares e sistêmicas, como relatado no caso descrito, a qual deve ser diagnosticada através de estudo anatomopatológico e tratada com terapia medicamentosa antifúngica venosa/oral prolongada.

Palavras-chave: otorrinolaringologia; paracoccidioidomicose; lesões oronasais.

TCP1031 TETANO NO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA - RELATO DE CASO

Autor principal: LEONARDO MOREIRA LEITE LEAL

Coautores: DANILO FRANCISCO DOS SANTOS DE LEMOS, LAISE ARAUJO AIRES DOS SANTOS, ISABELA MOREIRA GARZEDIM SANTOS, PABLO PINILLOS MARAMBAIA, BRUNO TOURINHO ARGOLO ARAUJO, PRISCILLA FALCON LACERDA, MILENA REGO MENEZES MARQUES

Instituição: INOOA

Relato de caso: MLC, masculino, 56 anos, queixa de odinofagia intensa e progressiva associada a trismo e disfagia há 03 dias. Há 13 dias apresentou lesão perfuro-cortante em pé direito no prego, quando compareceu a UBS para realizar vacinação contra tétano. Após 8 dias do episódio deu entrada em serviço hospitalar, onde ficou internado decorrente à celulite no membro acometido, realizando antibioticoterapia. Evoluiu no internamento com odinofagia progressiva, porém teve alta hospitalar após controle da doença base. Procurou serviço de otorrinolaringologia, no qual evidenciou rigidez cervical e de tronco, riso sardônico, além de trismo, inviabilizando a avaliação adequada da cavidade oral. À videonasofibroscofia, visto hiperemia difusa de laringe e abaulamento não pulsátil em parede lateral direita de hipofaringe. Sendo considerada a suspeita de tétano, o paciente foi imediatamente encaminhado para unidade de emergência hospitalar, onde manteve-se internado, necessitando de intubação orotraqueal e posterior traqueostomia decorrente da hipertonia generalizada e desconforto respiratório. O paciente cursou também com insuficiência renal, sendo necessárias sessões hemodiálise. Com a antibioticoterapia adequada associado aos cuidados intensivos, o quadro progrediu com melhora gradual, viabilizando alta da UTI 15 dias após a sua admissão.

Discussão: O tétano é uma desordem neológica caracterizada por espasmos musculares causados por toxinas produzidas pelo *Cloristidium tetani*. Com o advento quase universal da vacinação, assim como ocorre no Brasil, a sua incidência caiu drasticamente principalmente nos países desenvolvidos.

O período de incubação do tétano varia de 3 a 21 dias. Em cerca de 80% dos pacientes o primeiro sintoma é o trismo, sendo também comum odinofagia e disfagia. Os pacientes com tétano generalizado apresentam caracteristicamente contração tônica de seus músculos associado a espasmos intensos e intermitentes, que são responsáveis por sintomas clássicos. Os quadros mais graves podem evoluir com insuficiência respiratória ou lesão renal aguda, ambas responsáveis pela alta letalidade da doença.

A gravidade da doença é variável e fatores como a quantidade de toxina tetânica que atinge o sistema nervoso central e o tipo de lesão são determinantes, sendo que feridas penetrantes, tendem a ser mais graves.

O diagnóstico é clínico e é importante excluir os possíveis diagnósticos diferenciais como infecção dentária ou abscesso periamigdaliano, as distonias induzidas por drogas, envenenamentos e síndrome neuroléptica maligna.

O manejo do tétano é melhor conduzido em unidade de terapia intensiva, haja vista que o mesmo inclui: gerenciamento das vias aéreas, interrupção da produção de toxina com o uso de metronidazol, neutralização das toxinas não ligadas com utilização da imunoglobulina humana antitétano, controle dos espasmos musculares e gerenciamento das disautonomias.

Considerações Finais: O diagnóstico na fase inicial pode ser um desafio. Sintomas como o trismo, disfagia e espasmos dos músculos masseter, fazem o paciente procurar o atendimento otorrinolaringológico. Desta maneira, devemos estar atentos a toda história clínica para poder suspeitar precocemente da patologia.

Palavras-chave: tetano; trismo.

TCP1032 SARCOMA MIELOIDE EM TONSILA PALATINA DIREITA - RELATO DE CASO

Autor principal: EDUARDO TAKASHI HIRATA

Coautores: ANA CRISTINA KFOURI CAMARGO

Instituição: Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Apresentação do caso: Paciente FANL, 51 anos, comparece em atendimento ambulatorial de otorrinolaringologia no Hospital da Santa Casa de São Paulo. Refere percepção de abaulamento em região periamigdaliano direita desde setembro/2020, de crescimento progressivo, indolor. Nega disfagia, nega odinofagia, nega dispneia, nega dor à palpação, nega febre, nega emagrecimento. Refere episódios esporádicos de leve desconforto faríngeo. Nega otalgia, nega otorragia, nega outros sintomas otológicos. Refere ter procurado outro serviço em novembro/2020, onde foi administrado antibioticoterapia (não sabe referir qual), sem sucesso. Paciente sem comorbidades prévias, nega uso de medicamentos de uso contínuo, nega alergias medicamentosas. Refere episódio prévio de abscesso periamigdaliano (não sabe referir lado de abscesso) em abril/2019 - com necessidade de drenagem de abscesso periamigdaliano no Hospital das Clínicas de São Paulo, em pronto-socorro. Ao exame físico - paciente em bom estado de conservação, eupneico em ar ambiente. À oroscopia: presença de abaulamento de cerca de 3 cm em região de pilar amigdaliano a direita, úvula levemente desviada para direita, orofaringe hiperemiada. Ausência de trismo, mobilidade cervical preservada e fúrcula livre.

Foi iniciado extensa investigação de quadro de paciente. Solicitado exames de imagem - TC de pescoço e tórax e RMN de pescoço. À tomografia computadorizada: observado lesão expansiva focal sólida em arco palatal direito com vasos em permeio, com plano de clivagem, sem infiltração para o espaço parafaríngeo. Não há certeza quanto à presença de cápsula. Descartado a priori etiologia infecciosa e infiltrava. Hipótese de tumor de glândula salivar menor. Ao exame de Ressonância Magnética: lesão com restrição homogênea de difusão em região de fossa tonsilas direita, estendendo para a região de tonsila lingual direita.- cobrindo parcialmente valécula. Ausência de linfonodomegalias cervicais. Imagem sugestiva de doença linfoproliferativa extranodal. Foi optada por biópsia incisional de tumoração de tonsila palatina a direita, procedimento realizado em cadeira de pronto-socorro de otorrinolaringologia, sem intercorrências e envio de material para anatomopatológico.

Exame de anatomopatológico evidenciou em tonsila palatina direita - quadro histológico compatível com neoplasia maligna de linhagem mieloide/histocística favorecendo sarcoma mieloide. Positivos para CD 45 em células atípicas, CD20 em linfócitos B, CD3 em linfócitos T, PAX5 em linfócitos B, CD 5 em linfócitos T, CD45 em células atípicas, Vimentina, MUM1 em células atípicas, lisozima em células atípicas, cd68 em células atípicas, KI67 em 80% das células atípicas.

Paciente apresentou em 08/06/2021 quadro de febre, seguido de deterioração do estado geral, evoluindo com hipotensão e perda de consciência com liberação esfinteriana sem abalos, com tce por volta das 09: 30 de 09/06/2021. Foi internado por equipe de clínica médica da Santa Casa de São Paulo.

Discussão: Sarcoma Mieloide é um tumor extramedular raro, formado por células mieloides imaturas. Geralmente aparece com outras desordens hematopoiéticas ou síndromes mielodisplásicas. Sarcomas mieloides isolados são poucos usuais e geralmente progridem para a forma de Leucemia Mieloide Aguda. As manifestações clínicas em cavidade oral são diversas. As manifestações clínicas mais comuns são de nodulação com variações de pigmentação, possível ulceração e sangramento. Pode afetar tonsilas palatinas, lábios, gengivas, palato e língua.

O diagnóstico de sarcomas mieloides em cavidade oral são desafiadores, principalmente quando não há história prévia de desordens hematológicas ou envolvimento gengival, devido às manifestações clínicas inespecíficas. O diagnóstico envolve exames de imagem como tomografia computadorizada, ressonância magnética, bem como exames histopatológicos.

Comentários finais: Sarcoma Mieloide é um tumor raro que quando acomete cavidade oral e apresenta diversas manifestações clínicas. Seu diagnóstico pode ser desafiador, com necessidade de exames de imagem e exames histopatológicos, bem como avaliação e condução multidisciplinar de quadro.

Palavras-chave: sarcoma; mieloide; tonsila.

TCP1033 MANIFESTAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS DE GRANULOMATOSE COM POLIANGEÍTE: UM RELATO DE CASO

Autor principal: ANA CAROLINA PIRES DE MELLO AZEVEDO

Coautores: LETICIA DE MORY VOLPINI, LUMA MOREIRA DA COSTA, FABIOLLA MARIA MARTINS COSTA, ANDRÉA TEIXEIRA DE ALMEIDA, VINICIUS NICKEL, KYLZA PIRES DE MELLO DE AZEVEDO, RODRIGO ARAGAO TORRES

Instituição: Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Relato de caso: M.B.S., sexo feminino, 46 anos, foi encaminhada à Otorrinolaringologia pelo serviço de Reumatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto para avaliação de rinossinusite crônica com rinorreia purulenta e, por vezes, sanguinolenta, além de dispneia. A paciente apresentava também poliartrite, hemorragia alveolar com hemoptise e glomerulonefrite. A dosagem do anticorpo c-ANCA foi positiva.

A paciente referia obstrução nasal bilateral, associada a hiposmia e dispneia aos médios esforços. Quando realizada a endoscopia nasal, foi evidenciada perfuração do septo nasal, além da presença de crostas em ambas as fossas nasais. A videolaringoscopia demonstrou estenose subglótica de cerca de 60-70% da luz do órgão.

Após o diagnóstico de Granulomatose com Poliangéite, o tratamento com ciclofosfamida e corticoide oral em altas doses foi iniciado, com indução de remissão da doença. Foi realizada dilatação da estenose subglótica e controle clínico dos sintomas nasais; no entanto, apresentou recidiva da estenose.

Discussão: A Granulomatose com Poliangéite é uma vasculite de médios e pequenos vasos, que outrora foi chamada de Granulomatose de Wegener. É mais comum em caucasianos, entre 30 e 50 anos, com prevalência semelhante entre os sexos.

Suas manifestações clínicas incluem diversos sistemas, como: as vias aéreas superiores, levando a rinossinusite - com rinorreia piosanguinolenta e perfuração septal -, estomatites diversas, laringite, estenose subglótica (estridor) e otite média; os pulmões, gerando infiltrados, cavitações e hemorragia alveolar; os rins, com glomerulonefrites e uremia; os olhos; a pele; e o sistema nervoso central.

O diagnóstico da doença se baseia na clínica, em achados histopatológicos, na radiologia e no laboratório. É necessária a dosagem do autoanticorpo c-ANCA ou do antiproteinase-3, além do fator reumatóide, que está positivo em 50% dos casos. A biópsia pulmonar é o método mais sensível para o diagnóstico da doença.

O tratamento de escolha hoje é a ciclofosfamida com corticoide.

Comentários finais: A Granulomatose com Poliangéite é doença necessária ao conhecimento do Otorrinolaringologista por apresentar-se muitas vezes com sinais e sintomas relacionados ao trato respiratório superior, que devem ser reconhecidos e tratados adequadamente, em conjunto com a Reumatologia.

Palavras-chave: granulomatose com poliangéite; estenose subglótica; perfuração septal.

TCP1034 DISPLASIA FIBROSA EM MAXILA: RELATO DE CASO

Autor principal: VICTOR JACOME SOARES MARTINS

Coautores: TAMIRES APARECIDA ALVES BORGES, JULIA MARIA MASCARENHAS ALVARENGA, DANIEL ZUCOLLOTTO CANDEIAS, ANA PAULA DIAS FERNANDES, HENRIQUE SANTOS FERNANDES, YANE FLÁVIA DE BARROS CURADO FLEURY, MANUELLA GOES DOS SANTOS RAPOSO

Instituição: Hospital Federal da Lagoa

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 11 anos, raça parda, natural e residente da cidade do Rio de Janeiro, foi encaminhado ao Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Federal Lagoa acompanhado de seu responsável com quadro clínico de assimetria facial por aumento progressivo do maxilar esquerdo. Não apresentava queixas de cefaleia, déficit de acuidade visual, otalgia, obstrução nasal e odontalgia. Ao exame clínico, encontrava-se em bom estado geral, sem alterações na avaliação dos aparelhos e sistemas orgânicos. Ausência de manchas cutâneas e linfonodomegalias. Apresentava tumoração indolor em maxila e zigoma esquerdos com pele e mucosa bucal subjacente normais. Realizou Tomografia Computadorizada de seios da face, a qual revelou massa hiperdensa, heterogênea e com aspecto de “vidro fosco” envolvendo maxila, osso zigomático e parte de seio maxilar esquerdo. O paciente foi submetido à biópsia da lesão por acesso intra-bucal pelo Serviço de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Foram retirados dois fragmentos da lesão para estudo histopatológico que apresentou como resultado displasia fibrosa. Não foi realizada busca sistêmica de outras lesões ósseas.

Discussão: A Displasia Fibrosa é uma malformação óssea de caráter benigno que ocorre por reabsorção do osso normal, seguida por uma proliferação anormal de tecido fibro-ósseo desorganizado. Pode afetar qualquer osso do esqueleto e é classificada quanto ao número de ossos acometidos e a presença ou não de anormalidades extra-esqueléticas. A forma mais comum é a monostótica, a qual afeta um único osso, e corresponde a 70-80% dos casos. A forma poliostótica, na qual múltiplos ossos são afetados, responde por 20-30% dos casos e pode ser dividida em três subtipos: craniofacial, em que somente os ossos do complexo craniofacial estão envolvidos incluindo a mandíbula e maxila; Lichtenstein-Jaffe, em que além do envolvimento de múltiplos ossos do esqueleto encontram-se manchas café-com-leite na pele; Síndrome de McCune Albright, com padrão poliostótico associado a manchas cutâneas café-com-leite e disfunções endócrinas, especialmente desenvolvimento sexual precoce.

Inicialmente a doença é assintomática e a primeira manifestação clínica é o aumento de volume ou abaulamento dos maxilares, o que gera assimetria facial. Os sinais e sintomas são dependentes da localização da lesão e o efeito compressivo nas estruturas vizinhas. Existe uma tendência a se estabilizar após a puberdade e ter altas taxas de recidiva. O diagnóstico definitivo é feito pela associação de achados clínicos, radiológicos e anatomopatológicos. A Tomografia Computadorizada é o exame preferencial para estudo da(s) lesão(ões), avaliação de sua extensão e planejamento cirúrgico.

Os principais fatores que guiam a abordagem terapêutica na Displasia Fibrosa são a idade do paciente, a localização da tumoração e a presença e intensidade dos sintomas. A presença de sintomas clínicos importantes e o controle de grandes deformidades estéticas são as principais indicações para tratamento cirúrgico. Pela natureza benigna da lesão e pelo seu caráter recidivante, a cirurgia deve ser relativamente conservadora e ter como principal objetivo a preservação funcional. No caso apresentado, optou-se por uma conduta expectante devido à ausência de alterações orgânicas e funcionais e pela idade do paciente. Este segue em acompanhamento ambulatorial semestral até que seu crescimento e desenvolvimento puberal se complete.

Comentários finais: Apesar de incomum, a Displasia Fibrosa é uma doença de grande importância para a Otorrinolaringologia pela possibilidade de afetar ossos da face e do crânio, causando deformidades e disfunções. Geralmente apresenta caráter benigno, porém a compressão de estruturas nobres na base do crânio e órbita devido à sua expansão podem gerar dúvidas quanto à possibilidade de uma lesão maligna. A escolha pela abordagem cirúrgica deve considerar o potencial deformador e recidivante da doença, optando-se por técnica conservadora, removendo-se o máximo de tecido fibroso, sem gerar mutilações e déficits funcionais.

Palavras-chave: displasia fibrosa; maxila; monostótica.

TCP1035 ANÁLISE DESCRITIVA DA ATUAÇÃO DE UM SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA EM PACIENTES RT-PCR COVID 19+

Autor principal: JOÃO ANTONIO LINK

Coautores: JULIANA MARQUES COLLA, HEITHOR DE CASTRO SELL, BEATRIZ VITORIA RIGON, THAIS KNOLL RIBEIRO DE AZEVEDO MARQUES, SERGIO LUIZ BITTENCOURT, RITA DE CASSIA SOLER, ANA JULIA RODRIGUES FERREIRA

Instituição: *Otorrino Seul*

Objetivo: O objetivo deste estudo é descrever a atuação de um serviço privado de otorrinolaringologia durante a Pandemia de COVID - 19+ na cidade de São Paulo-SP Brasil.

Método: Trata-se de estudo observacional retrospectivo que analisou dados de 43 pacientes com RT-PCR positivo para COVID-19, internados e acompanhados sob a responsabilidade do serviço de otorrinolaringologia no Hospital São Luis unidade Jabaquara e no Hospital Bosque da Saúde, entre o período de março de 2020 a julho de 2022. Os sinais e sintomas considerados relevantes para o estudo foram registrados por meio da coleta de dados de prontuários eletrônicos desde a admissão hospitalar até todo o período de internação de pacientes em unidades de terapia intensiva e enfermaria, de médio e longo prazo. Não foram analisados atendimentos ambulatoriais e de pronto atendimento.

Resultados: O serviço de otorrinolaringologia abordou 43 casos com RT-PCR SARS Cov-2+ durante o período de março 2020 a julho de 2022. Destes, 28 do sexo masculino e 15 do sexo feminino, com uma média de idade de 46 anos, sendo 53% dos atendimentos em unidades de terapia intensiva, nos quais 82% sob estavam intubação orotraqueal (IOT) ou traqueostomia (TQT) e 98% em uso de anticoagulantes. A principal intercorrência abordada pelo serviço foi de sangramentos de via aérea superior, representando 46,5% dos atendimentos realizados. Contudo, a equipe acompanhou casos como amigdalites agudas (11,6%), abscesso periamigdaliano (6,9%), rinosinusites (6,9%), otite media aguda (6,9%), vertigem (4,6%), perda auditiva súbita (2,3%) e paralisia facial (2,3%). Devido ao tempo prolongado de internação, presenciemos patologias oportunistas como monilíase oral (4,6%), pericondrite de pavilhão auditivo (2,3%) e miíase nasal (2,3%). Foi necessário intervenção cirúrgica em 11,6% dos pacientes.

Discussão: No Brasil, até julho de 2022, mais de 34 milhões de infecções pelo Sars-CoV-2 foram confirmadas, sendo no município de São Paulo em torno de 2,2 milhões. Os quadros de infecções de vias aéreas superiores pelo vírus – Sars-CoV-2 aproximaram a necessidade do acompanhamento pelo especialista otorrinolaringologista. No início da pandemia, assim como todos profissionais de saúde, enfrentamos uma limitação em tratar pacientes sem um direcionamento e a confirmação devido a falta de testes. Logo, os números relatados representam uma porção da realidade. Ademais, o covid - 19 apresenta um mecanismo patogênico multifatorial, levando a alterações multi-sistêmicas. Assim, observamos que a maior dificuldade nos pacientes em unidade de terapia intensiva era o controle do quadro inflamatório disseminado, descompensação sistêmica e equilíbrio de drogas. Fatores inflamatórios-infecciosos predisõem a coagulopatias, que podem acontecer por coagulação intravascular disseminada(CIVD), sepse ou induzida por drogas (anticoagulantes, glicocorticoides). Na amostra analisada, mais de 33% dos pacientes apresentaram coagulopatias devido a infecção. Vale ressaltar que devido as frequentes manipulações de vias aéreas superiores, aspiração, oxigenioterapia prolongada (oxigênio não umidificado) expõem o paciente a maior probabilidade de sangramentos. Medidas como uso de oxigênio umidificado, aplicação de agentes hidratantes e lubrificantes, lavagem nasal com soro fisiológico, mudanças na higiene oral e nasal, oroscopia e otoscopia de rotina provavelmente mudariam os Resultados desta análise. Considerando a relevância do quadro multissistêmico é necessário um maior estudo para levantar protocolos otorrinolaringológicos preventivos nessas unidades.

Conclusão: Estudos mais profundos envolvendo essa temática ainda são incipientes. Ainda não temos dados concretos sobre a relação do vírus e seus distúrbios que podem abranger complicações otorrinolaringológicas. Contudo, tendo em vista o grande impacto da qualidade de vida, em pacientes considerados de risco, podemos iniciar e desenvolver medidas preventivas.

Palavras-chave: COVID 19 RT PCR; epistaxe; otorrinolaringologia.

Autor principal: MARIA LUIZA QUEIROZ SAMPAIO

Coautores: LUCIENY SILVA MARTINS SERRA, ANDRÉ LUIZ LOPES SAMPAIO

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Apresentação do caso: Mulher de 70 anos buscou atendimento médico de urgência após quadro de Paralisia Facial. Na ocasião foi solicitado um exame de Ressonância Magnética do Crânio com resultado normal e RTPCR + para SARSCOV-2. Nessa ocasião foi iniciada terapia medicamentosa com uso de corticoterapia sistêmica em doses regressivas por 7 dias em associação com aciclovir 400mg de 6/em 6h por 7 dias.

Não havendo melhora da paralisia facial após 20 dias do diagnóstico a paciente foi encaminhada para avaliação médico ORL.

No ambulatório de ORL a queixa principal foi a paralisia na hemiface esquerda e redução da capacidade auditiva bilateral iniciada junto com os sintomas de COVID-19, que foram leve obstrução nasal bilateral, leve rinorreia hialina bilateral e sensação de corpo estranho em orofaringe. Os exames físicos otorrinolaringológicos apresentaram-se sem alterações, assim como a avaliação cervical. A paralisia foi clinicamente classificada dentro da escala de House-Brackmann em grau IV. Quanto aos achados dos exames: na audiometria da orelha direita foi observada perda auditiva do tipo mista, com média tritonal de grau leve de configuração descendente; já na orelha esquerda, perda auditiva em frequências isoladas de 4KHz a 8KHz, com as demais frequências avaliadas dentro dos limites de normalidade. Imitanciometria curvas timpanométricas do tipo C a direita com ausência de reflexos e A a esquerda com reflexos presentes. O exame de PEATE apontou vias auditivas com integridade até o tronco encefálico em ambas as orelhas. Foi solicitado ainda exame de Ressonância magnética da orelha interna que mostrou hipercaptação do meio paramagnético em todo trajeto do nervo facial, sugestivo de mononeuropatia facial no lado esquerdo e exame de eletroneuromiografia que mostrou diferença entre os lados no potencial de ação de 40% no lado afetado em comparação ao normal e potenciais polifásicos sugestivos de reinervação no exame. A paciente compareceu a dois retornos médicos sem apresentar melhoras e segue fazendo fisioterapia para reabilitação facial.

Discussão: Os casos de COVID podem variar desde aqueles assintomáticos até quadros graves com necessidade de internação hospitalar. Ao longo dos últimos 2 anos inúmeros sintomas surgiram associados ao COVID ou em consequência da doença, entre os quais temos a Paralisia Facial.

A Paralisia Facial, ou de Bell consiste em um quadro clínico que resulta em comprometimento estético e funcional de aparecimento súbito e agudo com etiopatogenia idiopática. Caracteriza-se pela redução temporária da função do nervo facial em seu segmento periférico.

Em virtude da imunossupressão causada pelo aparecimento da COVID, o vírus da herpes pode surgir e estabelecer os casos de Paralisia Facial, conforme descritos na literatura médica em grande número.

A associação entre a Paralisia Facial e a infecção por COVID ocorre em virtude da característica neurotípica do vírus. Um relato de caso publicado em 2020 feito com uma paciente gestante de 39 semanas descreveu que o único sintoma apresentado pela paciente foi a Paralisia Facial. Não houve relato de outros sintomas clássicos da COVID, embora a gestante tivesse exame positivo de COVID-19.

No mesmo ano, outro estudo descreveu a ocorrência de Paralisia Facial em uma paciente de 35 anos com diagnóstico de COVID que apresentava ainda diversos outros sintomas como febre, tosse, cefaléia, anosmia e ageusia.

Em ambos os casos acima descritos as pacientes o tratamento medicamentoso foi realizado com corticoides e antivirais, de forma isolada ou associados. No presente caso a paciente recebeu tratamento com corticóide e antivirais de forma associada e além disso foi encaminhada a um serviço de reabilitação, pois chama atenção o tempo prolongado sem que houvesse relato de melhora.

Comentários finais: O relato desse caso contribui para a hipótese da paralisia facial periférica como uma possível manifestação neurológica após a infecção por COVID-19 e demonstra a importância da investigação dessa associação.

Palavras-chave: SARSCOV-2; otorrinolaringologia; paralisia facial periférica.

TCP1037

A VIVÊNCIA DE UMA PESQUISA SOBRE POPULAÇÃO TRANSEXUAL NA AMAZÔNIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**Autor principal:** DIEGO MONTEIRO DE CARVALHO**Coautores:** MARIA PAULA BATALHA DA COSTA, MOISÉS DE OLIVEIRA MEDEIROS, LUAN FELIPE DE SOUZA CARDOSO, MATHEUS VINÍCIUS DE SOUZA CARNEIRO, EMILY BARBOSA DO NASCIMENTO, JULIANA COSTA DOS SANTOS, DÁRIA BARROSO SERRÃO DAS NEVES**Instituição:** *Universidade Federal do Amazonas*

Objetivo: O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de alunos da iniciação científica sobre suas vivências durante a coleta de dados para a produção da pesquisa envolvendo a população transexual.

Método: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido por alunos da Iniciação Científica e Tecnológica na Universidade do Estado do Amazonas vinculados ao Programa de Iniciação Científica com apoio financeiro da FAPEAM, durante a experiência na coleta de dados para o desenvolvimento de pesquisa. A coleta de dados para o estudo aconteceu no Ambulatório de Pesquisa do Centro Observatório de Doenças Otorrinolaringológicas do Amazonas (COOA) do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial da Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ), localizado na cidade de Manaus, capital do estado do Amazonas.

Resultados: Os envolvidos na pesquisa identificaram situações marcantes durante o estudo como a importância de um ambiente acolhedor, a falta de preparação dos acadêmicos da área de saúde no trato com o público alvo da pesquisa e dificuldade de informação da população transexual sobre as infecções sexualmente transmissíveis. A pesquisa, na visão dos envolvidos, trouxe um conhecimento essencial para a formação profissional na área da saúde, exaltando a importância de aprender as nuances das populações que formam o país, principalmente a população LGBTQIA+.

Discussão: A população transexual é uma das mais afetadas pelas infecções sexualmente transmissíveis (IST's) quando comparada com a população geral. Tal diferença é marcada por uma diversidade de fatores socioestruturais, comportamentais e epidemiológicos. A importância de estudos que compreendam e busquem as questões que cercam o processo saúde e doença da população transexual se torna cada vez mais notório com o aumento dessa população. O processo da coleta de dados evidenciou questões que permeiam a área da saúde com relação à população transexual. A principal lacuna enfrentada foi a falta do entendimento pelos pesquisadores de assuntos que envolvem a temática LGBTQIA+, como sexualidade e identidade de gênero. Dessa forma, nota-se a carência na capacitação no trato com os transexuais desde a graduação que perdura após a formação médica, seja na relação médico-paciente, seja em como melhor atender as demandas de saúde dessa população. Com isso, a melhoria na formação dos profissionais da saúde na área de sexualidade está sendo apontada como um dos caminhos essenciais para intervir na realidade de discriminação e marginalização sofrida pela população transsexual nos serviços de saúde.

Conclusão: Embora tenham ocorrido grandes avanços nas últimas décadas, realizar pesquisas com o público LGBTQIA+ ainda é algo desafiador seja por questões estruturais, intelectuais ou mesmo culturais. Os maiores desafios enfrentados pelos pesquisadores foram os poucos estudos anteriores realizados com esta população e a pouca experiência no trato com a população transexual e suas demandas.

Palavras-chave: transexual; relato de experiência; educação médica.

Autor principal: GIORGIA LABATUT

Coautores: GABRIELA CALDASSO DE ÁVILA

Instituição: Universidade Católica de Pelotas

Objetivo: Analisar a frequência e o perfil epidemiológico das internações por caxumba no Brasil no período de junho de 2017 a junho de 2022.

Metodologia: Estudo ecológico e descritivo. Os dados secundários sobre internação hospitalar, taxa de mortalidade, óbitos, faixa etária, sexo e cor/raça foram obtidos através das Informações de Saúde (TABNET) pela plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no período de junho de 2017 a junho de 2022 utilizando o CID10 de caxumba (parotidite epidêmica).

Resultados: Identificou-se 2544 internações por caxumba (parotidite epidêmica) no Brasil no período entre junho de 2017 e junho de 2022. As maiores incidências foram observadas nas regiões Sudeste, Nordeste e Norte com 845, 655 e 470 internações, respectivamente. As principais faixas etárias acometidas foram, nesta ordem, entre 1 a 4 anos, entre 5 a 9 anos e entre 10 a 14 anos com 690, 428 e 188 casos. Ou seja, a faixa etária pediátrica, entre 1 a 14 anos representou 51,33% do total de casos no período estudado. O sexo predominante foi o masculino, com 1549 relatos de internação, enquanto a população feminina correspondeu a 995 casos. O sexo masculino corresponde a 60,88% do total. Já a cor/raça com mais incidência de internação pela doença foi a parda com 1115 internações, refletindo 43,82% do total. A taxa de mortalidade pela caxumba no período foi de 0,90 no Brasil, sendo maior nas regiões Sudeste (1,30), Nordeste (0,92) e Sul (0,92). Os casos da doença que evoluíram para óbito foram 23 no Brasil no período citado, sendo 11 desses na região Sudeste.

Discussão: A caxumba é uma doença aguda transmissível de etiologia viral, causada principalmente pelo paramixovírus, apresentando, no Brasil, maior incidência entre 1 e 4 anos de idade, representando 27,12% dos casos e no sexo masculino, que corresponde a 60,88% dos casos. Essa doença pode evoluir para complicações como surdez súbita, paralisia facial periférica, meningite e até pancreatite. No Brasil, constata-se que do total, 23 pacientes internados evoluíram para óbito no período analisado. A baixa incidência dessa patologia no Brasil, representada pela taxa de mortalidade de 0,90 na população brasileira nos últimos 5 anos, pode ser justificada pela boa cobertura vacinal da população com a vacina Tríplice Viral (junto com a imunização contra sarampo e rubéola). Essa diminuição na incidência pode ser corroborada pelo comparativo entre o período de junho de 2017 a dezembro de 2019 em que ocorreram 1.607 internações por caxumba, e o período entre janeiro de 2020 a junho de 2022, em que constata-se 937 pacientes internados pelo mesmo motivo, ou seja, uma redução de quase metade dos casos (41,70%) no período mais atual analisado. Contudo, entre junho de 2017 e dezembro de 2019 verificou-se 9 evoluções para óbito devido a essa enfermidade, já entre janeiro de 2020 e junho de 2022 constata-se 14 óbitos devido a essa patologia, isto é, apesar da redução nas internações, ocorreu aumento no número de óbitos pela doença.

Conclusão: O presente estudo mostra de maneira transversal dados sobre o número absoluto de internações de pacientes acometidos por caxumba, visto que foi embasado em uma fonte secundária de dados (DATASUS), necessitando de estudos longitudinais que possam elucidar de melhor forma a ocorrência dessa doença. A importância desse estudo é conhecer a frequência e o perfil epidemiológico predominante dos pacientes internados devido a caxumba no Brasil nos últimos 5 anos e avaliar a evolução dessa enfermidade. Pode-se afirmar que ocorreu uma redução no número de internações no período estudado, que deve-se, principalmente, à vacinação com a Tríplice Viral. Contudo, foi evidenciado que, mesmo com a redução de internações pela doença, houve aumento no número de evoluções para óbitos. Diante disso, ressaltamos a importância da avaliação do médico otorrinolaringologista que, ao diagnosticar precocemente a doença, pode evitar sua evolução para complicações e a necessidade de intervenções severas na saúde do paciente. Somado a isso, é essencial a conscientização populacional sobre a imunização contra a caxumba.

Palavras-chave: caxumba; parotidite epidêmica; perfil epidemiológico.

TCP1039

PAINEL EPIDEMIOLÓGICO DAS NEOPLASIAS DE LÁBIO, CAVIDADE ORAL E FARINGE ENTRE OS SEXOS NA REGIÃO SUL**Autor principal:** JÚLIA BORTOLINI ROEHRIG**Coautores:** BRUNA GABRIELA FRIZZO ALEXANDRE, ANA CAROLINA BISSACO TOLEDO, ANDRESSA COELHO MATZENAUER, LUCAS KUELLE MATTE, VANESSA CARDOSO FONTANA, JULIANA FONTANA JOSENDE, VANESSA SALING GUGLIELMI**Instituição:** *Universidade Luterana do Brasil***Objetivo:** Caracterizar o perfil clínico-epidemiológico e analisar o índice médio do número de óbitos por neoplasia de lábio, cavidade oral e faringe, comparando os sexos na região Sul do país.**Método:** Realizou-se um estudo epidemiológico transversal descritivo a partir de dados do MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2020 comparando o número de mortalidade nos sexos feminino e masculino na região Sul do Brasil. O índice médio do número de óbitos foi calculado através dos óbitos por neoplasias malignas de lábio, cavidade oral e faringe pelo número populacional da região sul (N° de óbitos por sexo / número total da população da região sul por sexo).**Resultado:** As neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe na região Sul, durante os anos de 2016 a 2020, foram a causa de 7.023 óbitos, sendo nos homens equivalente a 5.750 óbitos e nas mulheres 1.273 óbitos. A amostra é assimétrica e a média de óbitos por essa neoplasia é igual a 1.153 óbitos por ano entre o sexo masculino e 262 óbitos entre o sexo feminino. Além disso, foi comparado o índice médio entre os dois gêneros e o resultado foi de 7,24 óbitos a cada 100.000 habitantes do sexo masculino e 1,71 óbitos a cada 100.000 habitantes do sexo feminino, com desvio padrão de 0,35 e 0,13 respectivamente.**Discussão:** Equiparando a taxa de mortalidade em ambos os sexos, foi possível observar na população masculina uma mortalidade de 81,48%, corroborando a alta incidência entre essa população em comparação a feminina. Estudos demonstram que existe uma relação direta entre as neoplasias de lábio, cavidade oral e faringe e o consumo excessivo de álcool, tabagismo e exposição solar. O risco é dose-dependente e a relação entre fumo e álcool tem um efeito sinérgico. Os homens foram mais diagnosticados com câncer de boca do que as mulheres, pela alta probabilidade de estarem mais expostos aos fatores de risco. Tais neoplasias constituem um problema de saúde pública, devido à sua expressiva taxa de incidência e mortalidade.**Conclusão:** As taxas médias de internações hospitalares do SUS por neoplasia de lábio, cavidade oral e faringe no sexo masculino, na Região Sul, foram maiores que as do sexo feminino.**Palavras-chave:** mortalidade; região sul; sexo feminino e masculino.

TCP1040 PERFIL DE INTERNAÇÕES EM SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Autor principal: MARIANE STAGI ALMADA

Coautores: BRUNA MORETTO, FERNANDA BUTURA BROETTO, VANESSA PINHEIRO ADAMO, YASMIM ANÍSIO GONÇALVES, ANA LÚCIA CHUNG CARAVANTE, GABRIEL DONATO AMORIM

Instituição: *Beneficência Portuguesa de São Paulo*

Objetivo: Apresentar o perfil de internações no serviço de pronto atendimento de otorrinolaringologia em um hospital terciário no período entre fevereiro de 2021 e maio de 2022.

Métodos: Estudo epidemiológico, tipo corte transversal, retrospectivo com coleta de dados realizada a partir de levantamento de prontuários de atendimentos do pronto-socorro de Otorrinolaringologia do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, no período entre fevereiro de 2021 a maio de 2022. Foram incluídos neste estudo atendimentos que resultaram em internação hospitalar com titularidade para equipe de Otorrinolaringologia. Foram excluídos os pacientes que evadiram após internação. Os dados foram analisados em subclasses conforme o diagnóstico principal / queixa, idade, gênero e desfecho, a fim de traçar o perfil epidemiológico

Resultado: Durante o período de fevereiro de 2021 e maio de 2022 foram internados 99 pacientes para a equipe de otorrinolaringologia. A maioria dos casos foi devido ao quadro de abscesso periamigdaliano (26,3%), seguido de fratura nasal (13,1%) e amigdalite (9,1%). 54% dos abscessos periamigdalianos e 54% dos casos de fratura nasal foram submetidos ao centro cirúrgico para resolução do quadro. 57,5% das internações foram do sexo masculino e a média de idade foi de 36 anos.

Discussão: Existe uma escassez de trabalhos, em literatura, que abordam o perfil epidemiológico das internações em otorrinolaringologia em serviços terciários. O atendimento inicial realizado por especialista confere desfechos com maior resolutibilidade. Neste trabalho, observou-se que a maior prevalência foi de abscesso periamigdaliano seguido de fratura nasal. São diagnósticos que exigem avaliação minuciosa e, em determinados casos, abordagem em caráter urgencial.

Conclusão: O serviço de otorrinolaringologia em um hospital terciário foi responsável pela internação de 99 pacientes em um período de 15 meses, e grande parte foi submetido a procedimento cirúrgico. Diante disso, vemos a importância de um hospital possuir o serviço da especialidade para melhor avaliação do paciente, proporcionando assim um melhor desfecho clínico

Palavras-chave: internações; pronto-socorro; otorrinolaringologia.

TCP1041 OTORRINOLARINGOLOGIA E COMPETÊNCIA CULTURAL: UMA REVISÃO ASSISTEMÁTICA

Autor principal: IZABELA BEZERRA PINHEIRO ESPÓSITO

Coautores: LEIDIANY ALVES DE AMORIM, MARIA LUIZA VERONESE BAZZO, RAUL IVO AURELIANO NETO, VICTOR HUGO TETILLA MOREIRA, RAYNA FERRER DE SOUZA GONÇALVES, TARCÍSIO REDES XAVIER, MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO

Instituição: Hospital Otorrino

Objetivo: Investigar o estado da arte no que diz respeito a otorrinolaringologia e competência cultural.

Método: Revisão assistemática construída com base na consulta a literatura indexada na PubMed, Scopus, Web of Science e Science Direct, considerando os termos *otolaryngology* (otorrinolaringologia) e *cultural competence* (competência cultural) combinados com o operador *booleano AND*.

Resultados: A literatura mostra que a otorrinolaringologia contemporânea tem buscado, cada vez mais, incorporar o cumprimento da competência cultural como foco de importância para o atendimento efetivo à população, nas diferentes faixas etárias, classes socioeconômicas e contextos culturais. Nos Estados Unidos, por exemplo, médicos americanos implementaram um modelo de atenção a pacientes estrangeiros com base na medicina alternativa, enfatizando a importância da transculturalidade nos cuidados com a saúde. Foi observado, em outro estudo, Resultados significativos no processo de treinamento de reabilitação auditiva de idosos, através da intervenção culturalmente adaptada. Por fim, a literatura também apresenta discussões sobre métodos de capacitação para ajudar no desenvolvimento de otorrinolaringologistas quanto as habilidades de comunicação e acolhimento cultural na atenção à saúde.

Discussão: As doenças vinculadas ao campo da otorrinolaringologia estão entre as mais prevalentes, quando se trata do processo saúde-doença ao longo da vida humana. Eventualmente, a forma de enfrentamento diante de um quadro patológico, seja do mais simples até o mais grave, está intimamente relacionada com os aspectos culturais de cada população. A literatura mostra avanços no que diz respeito a preocupação com a competência cultural da otorrinolaringologia.

Conclusão: Considera-se a importância do desenvolvimento e intensificação de pesquisas relacionadas a otorrinolaringologia e competência cultural como, conhecimento das práticas culturais de cuidados com doenças respiratórias (uso de recursos naturais, por exemplo), bem como na implementação de terapias integrativas e complementares nos modelos de tratamento e prevenção de doenças otorrinolaringológicas no Brasil.

Palavras-chave: otorrinolaringologia; capacitação; saúde-doença.

TCP1042 ANÁLISE DO PERFIL DE ATENDIMENTOS EM ORL EM PRONTO SOCORRO DE HOSPITAL TERCIÁRIO PRIVADO

Autor principal: GIULLIANO ENRICO RUSCHI E LUCHI

Instituição: *Otoclínica Giulliano Luchi*

RESUMO

O presente artigo relata uma pesquisa que teve por objetivo avaliar o perfil de atendimentos na especialidade de otorrinolaringologia em pronto socorro de hospital terciário privado, recurso próprio de operadora de saúde. O estudo foi realizado com base em números obtidos em banco de dados de um hospital terciário do sistema UNIMED, que serve a uma singular com carteira de cerca de 300.000 vidas. Foram considerados os atendimentos de pronto-socorro em um período de 24 meses. De um total geral de atendimento de 250.306, 33,6% tiveram hipótese diagnóstica classificada como doença otorrinolaringológica.

ABSTRACT

This article presents a reserch that objective to evaluate the medical consultation in otorhinolaryngology in the general emergency of a high complex hospital that serves a card with 300.000 lives of Unimed system. In 24 months os observation, 250.306 patients were cared and 33,6% had a diagnosis of an ENT disease.

Palavras-chave: urgência; pronto-socorro; otorrinolaringologia.

TCP1043 APLICATIVOS PARA DISFAGIA DISPONÍVEIS NA GOOGLE PLAY E APP STORE: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Autor principal: RAFAELI SAGRILO GROSSI

Coautores: VICTORIA BOEIRA DUARTE, SAMARA QUOOS DA ROSA, LUISA FLUZER CURI QUADROS, EDUARDA FERREIRA ZARDIN, MICHELE TEJADA POERSCH, JESSICA BRITTO FURINI PEREIRA

Instituição: UNISINOS

Objetivos: O alcance dos smartphones e seus aplicativos vem crescendo e estão progressivamente sendo incluídos como parte da rotina dos profissionais da área da saúde. Esses recursos tecnológicos podem contribuir no diagnóstico e manejo de várias comorbidades. Com base nesse cenário, temos como objetivo deste estudo encontrar aplicativos em língua portuguesa, inglesa e espanhola que auxiliem no tratamento de pacientes com disfagia orofaríngea.

Métodos: O presente estudo consistiu em um estudo transversal descritivo. Foram realizadas pesquisas nas lojas virtuais dos sistemas operacionais iOS e Android. A procura de aplicativos foi feita em dois dispositivos móveis usando o termo disfagia e seus correspondentes em inglês e espanhol para a busca. Os critérios de inclusão usados na seleção dos aplicativos foram: O número de downloads, data da última versão de atualização, avaliações do aplicativo. Foram excluídos os aplicativos que apresentassem data da última atualização anterior a 2018. A análise estatística foi realizada por meio dos programas GraphPad Prism 6.0 (GraphPad Software, San Diego, CA, EUA) e SPSS versão 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL).

Resultados: A amostra final foi composta por 5 aplicativos de língua inglesa. Não foram encontrados aplicativos em língua portuguesa e espanhola que atendessem aos critérios de inclusão. Foram incluídos na avaliação aplicativos gratuitos e pagos que apresentam como foco a disfagia, que informam o número de instalações na sua loja, a data da última atualização, número de estrelas e o número de comentários e avaliações positivas /negativas. Os aplicativos foram analisados conforme sua funcionalidade.

Discussão: Pacientes com disfagia exigem uma abordagem multidisciplinar, isso pode incluir terapia de deglutição, modificação da dieta e cuidados orais. A partir da sua abordagem multidisciplinar e conhecendo as vantagens da tecnologia de informação aplicada à saúde podemos usar os aplicativos como um complemento terapêutico. Nos dados analisados, observa-se que o escore de aplicativos pagos não difere do escore de aplicativos gratuitos. Além disso, foi encontrada associação entre o escore do aplicativo com o número de downloads e com número de avaliações positivas. É evidente que nenhum aplicativo tem a capacidade de substituir o trabalho, o olhar clínico, os exercícios e as manobras utilizadas para cada paciente disfágico. Entretanto, a utilização de aplicativos pode auxiliar a prática clínica do profissional. Dessa forma, espera-se que esse trabalho sirva de incentivo e motivação para novas investigações direcionadas à utilização de dispositivos móveis como recurso terapêutico.

Conclusão: Nota-se que a tecnologia faz parte da rotina da maior parte das pessoas na atualidade, o que consequentemente, torna as buscas por questões de saúde mais frequentes. Com isso, percebe-se que quanto maior for o investimento e aperfeiçoamento da tecnologia para auxiliar no tratamento e diagnóstico da disfagia, mais eficaz se tornará a sua abordagem terapêutica.

Palavras-chave: aplicativo; disfagia; deglutição.

Autor principal: RAUL IVO AURELIANO NETO

Coautores: MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO, LEIDIANY ALVES DE AMORIM, MARIA LUIZA VERONESE BAZZO, ALONSO ALVES FILHO, TARCÍSIO REDES XAVIER, VICTOR HUGO TETILLA MOREIRA, RAYNA FERRER DE SOUZA GONÇALVES

Instituição: Hospital Otorrino Cuiaba

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 33 anos de idade, proveniente da cidade de Colniza, Mato Grosso, sem comorbidades prévias, deu entrada no Ambulatório do Hospital Otorrino em Cuiabá em junho de 2022 com queixa de obstrução nasal desde a infância, principalmente a esquerda, associado a respiração oral de suplência. Ao exame físico, complementado com a videonasofibrosopia, apresentava corneto inferior à esquerda atrofiado, septo nasal desviado para direita, além de coana com imperfuração completa em narina esquerda, não havendo associação com outras malformações congênitas. Foi solicitado Tomografia Computadorizada da Face, onde evidenciou formação polipóide na fossa nasal esquerda ao nível da coanal, espessamento da região posterior do vômer e hipopneumatização do seio esfenoidal esquerdo. A paciente foi tratada através da cirurgia endoscópica transnasal, apresentando resultado favorável até o momento, sem intercorrências, com melhora significativa da qualidade de vida.

Discussão: A atresia congênita de coanas (ACC) pode ser definida como a falha no desenvolvimento da comunicação entre a cavidade nasal e a rinofaringe, podendo apresentar-se como malformação isolada ou, em 20% a 50% dos casos, fazer parte de um grupo de malformações congênitas, como: coloboma, malformação cardíaca, retardo mental e de crescimento, anomalias genitais e auriculares ou surdez. Em geral, requer cuidados imediatos, por representar uma situação de risco de vida para a criança. Foi descrita pela primeira vez em 1755, durante a avaliação clínica de um neonato, por Johann Roderer, que notou um quadro de obstrução nasal completa. Outro que merece menção é Emmert, o pioneiro na cirurgia de correção dessa doença, que em 1854 relatou um caso tratado com sucesso através da introdução transnasal de um trocater curvo. Sendo assim, um exame físico completo deve ser feito pelo pediatra e otorrinolaringologista para identificar a eventualidade da presença dessas anomalias, principalmente nos primeiros dias de vida.

A incidência da ACC é de aproximadamente 1 em cada 5.000 a 8.000 nascidos vivos, sendo mais comum o acometimento unilateral; e, entre os pacientes do sexo feminino, esta última característica numa razão de 2: 1. As atresias se dividem em tipos ósseo (90%) e membranoso (10%); porém, a combinação desses dois tipos pode ocorrer e parece ser relativamente comum.

Algumas teorias podem explicar a origem embriológica dessa entidade clínica. Dentre as mais aceitas, quatro se sobressaem: primeiramente a persistência da membrana bucofaríngea, outra seria a falha no rompimento fisiológico da membrana buconasal de Hochstetter, além dessas temos a aderência anormal de tecido mesodérmico localizado na coana nasal e, por fim, crescimento medial dos processos verticais e horizontais do osso palatino.

O relato deste caso é surpreendente pela idade da paciente na qual se diagnosticou a doença. São relativamente incomuns as descrições de pacientes com ACC unilateral, e mais ainda quando diagnosticadas após a infância, apesar de que nos últimos anos a passagem de sondas pelas fossas nasais de recém-nascidos não se tornou rotineira, sendo realizadas apenas na presença de secreções nasais, podendo tornar o diagnóstico menos freqüente, além de possivelmente traduzir as falhas na assistência em cidades interioranas de nosso país. Outrossim, apesar da obstrução nasal em recém nascidos resultarem desconforto respiratório grave e dificuldade para a amamentação, o choro pode aliviar a dispnéia e confundir e até retardar o diagnóstico.

Comentários finais: A atresia congênita de coana unilateral pode ter seu diagnóstico realizado mais rapidamente baseando-se na sintomatologia mais exuberante, além do alto grau de suspeita por parte dos pediatras neonatologistas, já que é uma doença que coloca em risco a vida da criança, devendo ser corrigida nas primeiras semanas. Entretanto, em raros casos, ela pode ser encontrada durante a investigação de adultos com obstrução nasal e rinorreia unilateral, como relatado no caso, devendo o otorrinolaringologista se atentar para tal.

Palavras-chave: atresia de coana; nariz; adulto.

TCP112

CASO RARO DE HIDROCISTOMA ÉCRINO EM VESTÍBULO NASAL**Autor principal:** LARA ESCOBAR GAVIÃO CACHONI**Coautores:** CARLOS CACHONI JR, EDY ALYSON RIBEIRO, AMANDA VOLPE GOMES**Instituição:** Fundação Educacional do Município de Assis

Apresentação do caso: A.V.G, feminino, 22 anos, parda, atendida em consultório médico de otorrinolaringologia, apresentou-se com queixa de aparecimento de lesão única em vestíbulo nasal esquerdo, acompanhada de prurido e dor localizada há 3 semanas. Paciente negou rinorréia e obstrução nasal.

À rinoscopia de narina esquerda foi identificado lesão circular única, aderida em região de vestíbulo nasal esquerdo, de coloração enegrecida, com bordas regulares e superfície lisa, de aproximadamente 4 mm; levemente dolorosa à palpação; ausência de secreção hialina ou purulenta; ausência de sinais flogísticos e corneto inferior normotrófico. À rinoscopia de narina direita não se identificou alterações.

Foi indicado exérese da lesão para diagnóstico e possível tratamento.

A exérese foi realizada ambulatorialmente, com anestesia local. Para a dissecação foi utilizado bisturi de lâmina fria e bisturi elétrico; a lesão foi retirada com margens de segurança e a hemostasia foi feita com fio de nylon 4.0. Foi prescrito o uso de DECADRON nasal durante 5 dias. Retorno ambulatorial com retirada dos pontos foi realizado após 5 dias da exérese.

Ao retorno ambulatorial paciente relata resolução de queixas. O exame anatomopatológico revelou formação cística acastanhada com medidas de 5x4x4 mm, com superfície externa lisa, compatível à hidrocistoma écrino, com ausência de atipias.

Paciente está sob acompanhamento ambulatorial há 5 meses e não evidenciou recidiva com resolução total das queixas.

Discussão: Hidrocistomas são lesões císticas benignas, raras, advindas do epitélio das glândulas sudoríparas, apócrinas ou écrinas. Possuem Apresentação em região de cabeça e pescoço, principalmente periorbitária, sendo inabitual em demais regiões. Deve-se considerar como diagnóstico diferencial outras lesões cutâneas como, cistos sebáceos, cistos de inclusão dérmica, siringomas, milia e principalmente carcinoma basocelular e melanoma.

A literatura é muito escassa nessa área, sendo baseada apenas em relato de casos e séries retrospectivas. O estudo mais recente publicado é uma série de casos de 22 pacientes com hidrocistomas tratados no Hospital Universidade de Heraklion em Creta, Grécia. Nesse estudo, dentre os 22 pacientes, apenas 1 possuía hidrocistoma em região nasal, especificamente na ponte nasal e a lesão era de origem apócrina.

Além desse estudo, apenas outros dois na literatura relatam presença de hidrocistoma em região de ponte nasal. Observa-se assim, que há uma grande restrição de artigos que apresentam hidrocistomas écrinos em região nasal, sendo inexistente, até o momento, relato de hidrocistoma em região de vestíbulo nasal.

Os estudos de maior notabilidade publicados são de ANZAI et al. 2005; DEPREZ e UFFER et. al 2009; MAENG et al 2017; e KOUMAKI et al. 2021. Dentre esses estudos não existe nenhum relato de hidrocistoma em região de vestíbulo nasal.

Comentários finais: Apesar da infrequência de hidrocistomas em cavidade nasal, fica evidenciado nesse trabalho a importância de conhecer suas características, e então, realizar a exérese para tratamento e diagnóstico, afastando, assim, diagnósticos diferenciais de lesões malignas. Além disso, nota-se a relevância desse relato, devido à inexistência, na literatura, de casos sobre hidrocistoma nasal écrino em vestíbulo nasal.

Autor principal: LAYLA RIVA ISMAIL

Coautores: BÁRBARA CAROLINA MIGUEL JORGE, FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR, RAFAEL COSTA LOPES RAMOS, PRISCILA BOGAR, MARINA SIMÕES FÁVARO, LETICIA GONÇALVES SILVA, MARIANE ARAUJO GUERRA

Instituição: Faculdade de Medicina do ABC

Apresentação do caso clínico: Paciente, sexo masculino, 29 anos, atendido em hospital terciário da região do ABC(SP), com história de ter sido vítima de lesão por projétil não letal (bala de borracha) em terço médio da face à direita há dois dias. Evoluiu com redução da acuidade visual, além de midríase fixa e edema palpebral ipsilaterais ao trajeto do projétil. Foi realizada tomografia computadorizada de seios paranasais, que evidenciou projétil radiopaco, alojado entre o seio maxilar direito, parede medial da órbita direita e a cavidade nasal à direita. Foi realizada abordagem endonasal, para retirar o projétil e aderências do mesmo com a cavidade nasal. O projétil (5 cm x 1,5 cm) foi retirado pelo orifício de entrada com sutura do mesmo após a retirada. O procedimento cirúrgico foi realizado em conjunto com a equipe de otorrinolaringologia e cirurgia bucomaxilar do serviço, sem intercorrências. Em seguimento, o paciente evoluiu bem, sem infecções secundárias, porém com suspeita de descolamento retiniano, em acompanhamento pela equipe de oftalmologia.

Discussão: Na literatura, a lesão de seios paranasais e face por projéteis não letais (bala de borracha) são menos comuns do que as causadas por projéteis metálicos. É indicada a remoção do projétil, que por possuir baixa velocidade e devido sua composição, trata-se de um corpo estranho não estéril, podendo apresentar complicações como rinossinusite crônica, fístula cutânea, meningite e dor crônica. Epidemiologicamente, as principais fraturas associadas a este trauma são a de órbita, seguida pela do osso zigomático e do osso próprio nasal. Apesar de raro, os principais seios paranasais acometidos por projéteis não letais são os seios maxilar e etmoidal, tendo o seio maxilar maior prevalência. O paciente do vigente caso apresentou complicações orbitárias, decorrentes do trauma, e obstrução nasal à direita secundária às sinéquias decorrentes do trauma e da abordagem cirúrgica. A cirurgia endoscópica nasossinusal, procedimento menos invasivo, quando comparado a outras técnicas mais antigas, como antrostomia maxilar via Caldwell-Luc, tem como grande vantagem a melhor visualização do projétil e de estruturas nobres que podem apresentar proximidade com o mesmo, tal como a artéria etmoidal anterior, a artéria esfenopalatina, a artéria carótida interna e o nervo óptico. Tratando-se do paciente do caso apresentado, houve acometimento da parede lateral da fossa nasal direita e toda extensão etmoidal anteroposterior, estando o projétil alojado até o rostro do seio esenoide direito. Na abordagem cirúrgica e no seguimento desse tipo de trauma, é imprescindível que se tenha uma Discussão multidisciplinar, para otimizar o tratamento e para que as sequelas sejam minimizadas.

Comentários finais: Ferimentos penetrantes em face, por projéteis não letais, devem ser avaliados e removidos, conforme discutido. O principal exame de imagem a ser solicitado é a tomografia computadorizada, preferencialmente com contraste endovenoso, a fim de descartar lesões vasculares e estabelecer a programação operatória. A cirurgia endonasal é o método de escolha para remoção destes projéteis, na maioria dos casos. A abordagem multidisciplinar é essencial para o bom atendimento e tratamento desse tipo de trauma facial.

Palavras-chave: projétil não letal; seios paranasais; trauma facial.

TCP114

MUCORMICOSE PÓS INTERNAÇÃO POR COVID-19: RELATO DE CASO

Autor principal: VINICIUS SIMON TOMAZINI**Coautores:** CARLA PAES MANFIO, MARCO AURÉLIO FORNAZIERI, VITOR TAKASHIBA, FELIPE NATHAN DA SILVA FIGUEIREDO, BIANCA CARNEIRO FORTUNATO MORENO**Instituição:** Universidade Estadual de Londrina

Apresentação do caso: Paciente masculino, 43 anos, hipertenso, diabético tipo 2 e pós-covid grave, com necessidade de corticoterapia sistêmica. Em agosto de 2021, na internação por COVID-19, evoluiu com queixa de perda da acuidade visual em olho esquerdo e celulite periorbitária esquerda. No mesmo mês após alta da internação, retorna com queixa de persistência da diminuição da acuidade visual e restrição de mobilidade em olho esquerdo, com oftalmoparesia do reto lateral e dificuldade de abdução do olho esquerdo. Na tomografia computadorizada de órbita e face com contraste, foi constatado pequena coleção hipodensa na cavidade orbitária esquerda, de provável origem nasossinusal, sinais de sinusopatia inflamatória no seio etmoidal, esfenoidal e maxilar esquerdos e leve proptose esquerda. Recebido o diagnóstico de rinossinusite aguda Chandler 3 (Abscesso subperiosteal) foi realizada cirurgia endoscópica nasal com descompressão orbitária e drenagem de abscesso a esquerda pela otorrinolaringologia. No pós-operatório manteve a perda da acuidade visual, dor orbitária e incapacidade de abdução do olhar conjugado, o que levou a prosseguir a investigação em dezembro de 2021 com ressonância magnética de crânio e face. A ressonância evidenciou obliteração de planos adiposos, espessamento da musculatura orbitária extraocular, estendendo para fissura orbitária em fossa pterigopalatina ipsilateral, afilamento e hipersinal em T2 na região posterior do nervo óptico, espessamento mucoso no seio maxilar e esfenoidal esquerdos com descontinuidades ósseas, levantando a suspeita de malignidade e infecção fúngica. Desse modo, em março de 2022 foi realizada reabordagem cirúrgica da lesão e foi coletado material de tecido de células etmoidais posteriores de fossa nasal esquerda para biópsia. No anatomopatológico foi constatado reação inflamatória crônica granulomatosa padrão granuloma supurativo, englobando hifas de fungos escassos, com hifas largas em angulação de 45 graus, septadas e com bulbos, sem evidência de malignidade e compatível com mucormicose. No pós-operatório mantém redução da acuidade visual em olho esquerdo, sem queixas nasais e bom aspecto mucoso de fossas nasais em nasoendoscopia de controle.

Discussão: A mucormicose é uma infecção fúngica rara e com alta morbimortalidade, tem como agente etiológico os fungos da ordem Mucorales, dos gêneros *Rhizopus*, *Rhizomucor* e *Mucor*. Seus principais fatores de risco são a Diabetes Mellitus não controlada, imunodepressão, corticoterapia e neoplasias hematológicas. Sua prevalência na população geral é baixa e já foi estimada em cerca de 0,005 a 1,7 a cada um milhão de pessoas. No entanto, com o advento da pandemia de Sars-Cov-2, houve aumento dos casos de mucormicose relatados na literatura, principalmente associados à COVID grave, o que pode estar relacionado a imunodepressão pelo uso de esteroides sistêmicos no tratamento da COVID e pela hiperglicemia, causada tanto pela Diabetes Mellitus descompensada, quanto pelo uso de corticoide. A principal forma de manifestação da mucormicose é a rino-cerebral e pode ter como quadro clínico edema e eritema facial ou periorbital, alteração em nervos cranianos, oftalmoplegia, diminuição da acuidade visual, obstrução nasal, rinorreia purulenta, entre outros. O diagnóstico é realizado através da história clínica, exames de imagem e é confirmado pela análise histopatológica. O tratamento é feito com administração de anfotericina B endovenosa, cirurgia para retirada dos tecidos acometidos e desvitalizados e correção de distúrbios metabólicos e imunes de base.

Comentários finais: Em razão da recente associação entre mucormicose e COVID-19 relatada na literatura, pacientes durante ou após infecção por Sars-Cov-2 grave, com quadro clínico sugestivo e fatores predisponentes para mucormicose, particularmente a Diabetes Mellitus descompensada e uso de corticoterapia, devem levantar suspeita de infecção fúngica, pois o diagnóstico e tratamento precoces interferem no prognóstico do paciente e podem diminuir a morbimortalidade pela mucormicose.

Palavras-chave: mucormicose; sinusite fúngica; covid 19.

TCP115

MEPOLIZUMABE REDUZ O USO SISTÊMICO DE CORTICOSTEROIDES EM PACIENTES COM RSCCPN**Autor principal:** GEOFFREY CHUPP**Coautores:** ISAM ALOBID, NJIRA LUGOGO, HARSHA H. KARIYAWASAM, ARNAUD BOURDIN, ADAM M. CHAKER, ELISAMA QUEIROZ BAISCH, ANDREA MATUCCI**Instituição:** Faculdade de Medicina de Yale

Racional: A rinossinusite crônica com pólipos nasais (RSCcPN) é caracterizada por inflamação eosinofílica local crônica, com interleucina-5 desempenhando um papel fundamental na patogênese. Para pacientes com baixo controle de sintomas, apesar do uso de corticosteroides intranasais (CINS), corticosteroides sistêmicos (CS) são frequentemente prescritos para lidar com a inflamação, sistemicamente. Embora o CS possa reduzir temporariamente o tamanho do pólipo nasal (PN) e melhorar os sintomas, seu uso a longo prazo está associado a efeitos adversos. Assim, são desejadas outras opções de tratamento.

Objetivo: Avaliamos o efeito do mepolizumabe no uso de CS para PN em pacientes com RSCcPN durante o estudo da Fase III synapse.

Métodos: SYNAPSE (NCT03085797), um estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, multicêntrico, incluiu pacientes com PN grave e bilateral tratados com CINS que eram elegíveis para cirurgia de repetição. Os pacientes receberam 4 semanas de mepolizumabe subcutâneo 100 mg ou placebo mais padrão de cuidado (SoC) por 52 semanas. Como parte do SoC, foram prescritos cursos de CS, conforme necessário, para controlar a gravidade do PN. Para efeitos deste estudo, os cursos de CS <7 dias de intervalo foram considerados como um curso. Aqui, relatamos os seguintes desfechos finais específicos para o uso de CS para PN, até a semana 52: número de cursos de CS, curso de tempo-para-primeiro uso do CS, número de dias na terapia CS, e dose de corticosteroide oral equivalente a prednisona (CS) (mg/ano).

Resultados: Durante o período de estudo, 25% (52/206) dos pacientes que receberam mepolizumabe e 37% (74/201) dos pacientes que receberam placebo foram tratados com ≥ 1 curso de CS para PN, indicando que os pacientes tinham 42% menos chances de exigir ≥ 1 curso de CS para PN com tratamento mepolizumabe versus placebo (razão de chances [IC 95%]: 0,58 [0,36, 0,92], $P = 0,020$). Da mesma forma, a probabilidade de um curso inicial de CS para PN foi menor com mepolizumabe versus placebo a partir da semana 12 em diante.

Discussão: Para pacientes com uso de CS para PN, foi registrado número médio (SD) semelhante de dias em CS para mepolizumabe (21,9 [45,8] dias) e placebo (19,0 [18,5] dias). No entanto, em todos os pacientes, a dose média (SD) total de CS foi menor com mepolizumabe (109 [257] mg/ano) versus placebo (181 [364] mg/ano) e menos pacientes receberam ≥ 200 mg/ano de CS com mepolizumabe versus placebo (19% [38/205] vs 31% [61/198]).

Conclusões: Pacientes com RSCcPN tratados com mepolizumabe foram menos propensos a exigir CS para controlar a gravidade do PN do que os pacientes do grupo placebo. Além disso, o tratamento com mepolizumabe foi associado com doses totais de CS mais baixas que o placebo. Esses achados apoiam o uso de mepolizumabe para reduzir o uso de CS em pacientes com RSCcPN.

Financiamento: GSK (ID: 205687/NCT03085797)

Apresentado anteriormente na ATS (2021) Sociedade Americana Torácica, de 14 a 19 de maio de 2021. Am J Respir Crit Care Med. 2021; 203: A1344.

Palavras-chave: rinossinusite crônica com pólipo nasal; mepolizumabe; corticosteroide oral.

TCP116

MEPOLIZUMABE REDUZ A NECESSIDADE DE CIRURGIA EM PACIENTES COM RINOSSINUSITE CRÔNICA COM PÓLIPO NASAL**Autor principal:** WYTSKE J FOKKENS**Coautores:** JOAQUIM MULLOL, DAVID KENNEDY, CARL PHILPOTT, ELISAMA QUEIROZ BAISCH, ROBERT C KERN, ANDRÉ COSTE, SIMON B GANE**Instituição:** Departamento de Otorrinolaringologia, Universidade de Amsterdã**Histórico:** Para pacientes com rinossinusite crônica com pólipos nasais (RSCcPN), a cirurgia endoscópica nasossinusal (ESS) pode estar associada a altas taxas de recidiva, apesar dos corticosteroides intranasais (como parte do padrão de cuidado [SoC]).**Objetivo:** Avaliamos o impacto do mepolizumabe, um anticorpo humanizado anti-interleucina 5 (anti IL-5), quanto à necessidade de ESS de repetição em pacientes com rinossinusite crônica com pólio nasal.**Métodos:** SYNAPSE, um estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, multicêntrico, avaliou pacientes inscritos com RSCcPN não controlada com SoC. Todos os pacientes tiveram ESS ≥ 1 nos últimos 10 anos e foram elegíveis para repetição da ESS. Os pacientes receberam 4 semanas de mepolizumabe subcutâneo (SC) 100 mg ou placebo, mais SoC, por 52 Semanas. Foi avaliado a proporção de pacientes com necessidade de ESS (escore de sintomas de escala analógica visual >7 ; score endoscópico de tamanho do pólio nasal bilateral ≥ 5), tempo para inclusão em uma lista de espera para ESS (estimativa Kaplan-Meier [KM]), e a proporção de pacientes incluídos em uma lista de espera, até a semana 52.**Resultados:** Foram analisados dados de 407 pacientes (placebo n=201; mepolizumabe n=206). A duração da doença (Média (SD)) foi de 11,4 (8.4) anos; 218 (54%) pacientes apresentaram ESS ≥ 2 nos últimos 10 anos. Após 52 semanas, mais pacientes que usavam mepolizumabe vs placebo foram identificados como não necessitando de ESS (72% vs 51%, respectivamente; razão de chances [intervalo de confiança de 95%] 2,46 [1,59, 3,79]; $P<0.001$).**Discussão:** As estimativas do KM (curva de Kaplan Meier) indicaram um risco ~50% menor de inclusão em uma lista de espera para ESS com mepolizumabe do que placebo. Até a semana 52, 16% vs 30% dos pacientes que usavam mepolizumabe vs placebo eram indicados para ESS em uma lista de espera.**Conclusões:** Mepolizumabe 100 mg SC reduz a necessidade de cirurgia de repetição em comparação com placebo para pacientes com RSCcPN recorrente apesar da terapia SoC.**Financiamento:** GSK [205687/NCT03085797]

Apresentado anteriormente na Sociedade Americana de Rinologia no COSM 2021 (ARS/COSM) 2021, 7 a 11 de abril de 2021.

Conflitos de interesse: WJF recebeu financiamento de testes clínicos da Sanofi, Mylan, ALK, Allergy Therapeutics, Novartis e Chordate e taxas pessoais da Sanofi. JM declara atendimento ao conselho consultivo e/ou taxas de speakers da AstraZeneca, Genentech, GSK, Menarini, Mitsubishi-Tanabe, MSD, Mylan-MEDA Pharma, Novartis, Sanofi & Genzyme, Regeneron Pharmaceuticals Inc., UCB, Uriach Group; bolsas de pesquisa da Mylan-MEDA Pharma e Uriach Group. DK declara consultoria para GSK, Medtronic, Fiagon, NeurEnt e royalties da Medtronic/Xome. CP declara taxas de consultoria/conselho consultivo da GSK, Sanofi Genzyme, Mylan, Stryker. RCK recebeu taxas da Sanofi, GSK, Genentech, Lyra e NeurEnt. AC declara consultoria para Sanofi, Novartis, GSK, Diagnostic e ALK. SBG declara taxas de consultoria/conselho consultivo para GSK, Sanofi-Genzyme e UCB. EB é funcionária da GSK.**Palavras-chave:** rinossinusite crônica com pólio nasal; mepolizumabe; cirurgia endoscópica nasossinusal.

TCP117

CORRELAÇÃO ENTRE GENÓTIPOS E SINTOMAS NASOSSINUSAIS EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE FIBROSE CÍSTICA**Autor principal:** NATHALIA BASILE MARIOTTI**Coautores:** PRISCILA BOGAR, PAULA RIBEIRO LOPES, FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR, MARIANE ARAUJO GUERRA, BÁRBARA CAROLINA MIGUEL JORGE, RUBENS DANTAS DA SILVA JUNIOR, LAIS SIQUEIRA DE MAGALHAES**Instituição:** Faculdade de Medicina do ABC

A Fibrose Cística (FC) é uma doença genética autossômica recessiva caracterizada pela disfunção do gene CFTR, acometendo múltiplos órgãos. Atualmente, foram descobertas mais de 2000 mutações genéticas responsáveis pela ocorrência desta doença, sendo a F508del a mais comum. As manifestações clínicas da FC estão relacionadas principalmente ao sistema respiratório e presentes em mais de 90% dos pacientes, já nos primeiros meses de vida. O aumento da expectativa de vida desses pacientes evidenciou o crescimento de doenças extrapulmonares, incluindo a rinossinusite crônica (RSC), com prevalência até quatro vezes maior do que na população em geral. As mutações genéticas da FC são bem estabelecidas, agrupadas de acordo com o mecanismo pelo qual interrompem o gene CFTR de exercer sua função, variando de classe I a V. Os genótipos de alto risco constituem mutações das classes I, II ou III e apresentam manifestações clínicas mais graves. Já genótipos de baixo risco contêm mutações de classes IV ou V, evoluindo com características mais leves da doença. Uma quantidade considerável de estudos correlaciona genótipo e fenótipo da FC com função pancreática ou pulmonar, porém são poucos aqueles que pesquisam sobre as doenças nasossinusais. Alguns estudos sugerem que pacientes homozigóticos para F508del estão associados a doenças nasossinusais mais graves, porém esta não é uma correlação clara na literatura. O uso de marcadores genéticos para identificar pacientes com FC com risco aumentado para RSC pode individualizar o tratamento e melhorar a qualidade de vida.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é analisar a literatura em relação aos genótipos, sintomas nasossinusais, qualidade de vida e rinossinusite crônica em pacientes com diagnóstico de fibrose cística. **DESENHO DE ESTUDO:** Trata-se de *scoping review*. **METODOLOGIA:** Procedeu-se à busca por estudos no Medline/PubMed, na Cochrane Library, na EMBASE e Biblioteca Virtual em Saúde. Foram utilizados descritores do DECS (sinusitis x cystic fibrosis x genotype) e não houve restrição geográfica e temporal das publicações. Os critérios de inclusão envolveram estudos de pacientes com fibrose cística diagnosticada, sem restrição de faixa etária ou sexo. Os mesmos devem constar pesquisa genética, relação de sintomas nasais, exames complementares para doenças nasossinusais e intervenções cirúrgicas ou clínicas relacionadas a doença. Além de questionários, como Pediatric Sinonasal Symptom Survey (SN-5)/Sinonasal Outcome Test (SNOT-22), que avaliam a qualidade de vida destes pacientes. Foram selecionados trabalhos escritos ou traduzidos para o português, inglês e espanhol.

Resultado: A estratégia de busca recuperou 85 artigos e, destes, 11 estudos foram incluídos nesta revisão.

Discussão: Dentre os trabalhos selecionados, não houve consenso em relação à gravidade de sintomas nasais, achados nasossinusais e qualidade de vida com genótipos específicos para fibrose cística. Alguns deles encontraram relação entre genótipos específicos e piores Resultados em achados nasossinusais, sendo pacientes da classe I a III com seios frontais menores, maior opacificação dos seios da face em relação aos pacientes das classes IV e V. Genótipos de alto risco foram relacionados com maior número de intervenções cirúrgicas. Foram relatadas melhorias estatisticamente significantes nos questionários de qualidade de vida SNOT-22 e SN-5 antes e após a cirurgia endoscópica nasal, porém não houve consenso em relação aos diferentes genótipos e sua estratificação de risco.

Conclusão: Este estudo levanta a Discussão acerca da necessidade de novas pesquisas que correlacionem tais achados, visto que os pacientes com fibrose cística podem beneficiar-se de tratamentos preventivos, que melhorem a qualidade de vida, antecipem diagnósticos, reduzindo riscos e gravidades relacionados à doença.

Palavras-chave: cystic fibrosis; sinusitis; genotype.

TCP118

EPISTAXE APÓS LIGADURA DE ARTÉRIA ESFENOPALATINA ASSOCIADO A CÂNCER NEUROENDÓCRINO: RELATO DE CASO**Autor principal:** GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA**Coautores:** IAN SELONKE, ANA LUIZA CAMARGO, ALINE FAYAD SANCHES, ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA, PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA, FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI, LUCAS CORREIA PORTES**Instituição:** Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná

Apresentação do caso: Paciente feminina, 55 anos de idade, portadora de Carcinoma Neuroendócrino em estágio avançado, com metástase hepática e óssea e bicitopenia por mielofibrose, procura hospital oncológico em que faz acompanhamento após apresentar queda de mesmo nível com trauma em armário e contusão em região de dorso nasal. Evoluiu com epistaxe em grande quantidade bilateralmente e foi encaminhada para serviço de Otorrinolaringologia para avaliação. Em uso de Eltrombopague Olamina, Cloridrato de Venlafaxina, Pregabalina, Succinato de Metoprolol e Vitamina D, nega alergia medicamentosa e cirurgias prévias de cabeça e pescoço. Nega tabagismo e etilismo. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, porém apresentava sangramento ativo abundante de narinas bilaterais refratário ao tamponamento anterior. Oroscoopia evidenciava sangramento ativo em orofaringe proveniente de cavidade nasal. Foi optado por realizar ligadura de artéria esfenopalatina bilateralmente em centro cirúrgico e a recuperação do procedimento aconteceu em Unidade de Terapia Intensiva em função da gravidade do caso. Exames laboratoriais durante pós-operatório evidenciaram plaquetopenia importante, chegando a 13 mil plaquetas, hemoglobina de 8,4 g/dL e RNI de 0,98, sem melhora dos parâmetros após transfusão. Manteve sangramento nasal importante até o 4º dia de pós-operatório e, no 5º, foi transferida ao hospital oncológico de referência para continuidade no tratamento com tampão nasal de esponja hemostática anterior bilateral.

Discussão: Carcinomas neuroendócrinos são tumores raros pouco conhecidos originados a partir de células produtoras e excretoras de hormônios integradas com o sistema endócrino e nervoso. Apresentam crescimento lento e sintomas inespecíficos, de modo que o diagnóstico, através de exames laboratoriais e de imagem, é realizado de forma tardia com o tumor já em estágio avançado e com metástases, principalmente para fígado, pâncreas e intestino. O tratamento cirúrgico é o mais indicado na maioria dos casos, visando a retirada completa do tumor e a continuidade com a quimioterapia. A ligadura da artéria esfenopalatina é procedimento cirúrgico de escolha para casos de epistaxe severa posterior e em sangramentos com repercussão hemodinâmica ao paciente que não cessam com o tamponamento anterior.

Comentários finais: Pacientes portadores de tumores avançados, sendo o Carcinoma Neuroendócrino um exemplo, podem apresentar disfunção orgânica difusa, de modo a afetar produção e maturação de células, como no caso da paciente que apresentou plaquetopenia importante e contribuiu para ressangramento após ligadura de artérias esfenopalatinas bilateralmente. Em situações como essa, é importante o trabalho multidisciplinar com equipe oncológica e controle laboratorial pós-operatório para manejo de disfunções sanguíneas e melhor prognóstico da paciente, bem como a correta realização do tamponamento nasal anterior por parte do médico otorrinolaringologista e do médico residente em formação.

Palavras-chave: epistaxe; ligadura artéria esfenopalatina; carcinoma neuroendócrino.

Autor principal: CLARA BUTIGNOLI DE SOUSA PEREIRA LIMA

Coautores: BRUNA DE CASTRO DORNELAS, ALINE RADUAN IACOVONE, FERNANDO PENTEADO DE CAMARGO GOBBO

Instituição: Hospital Vera Cruz

Apresentação do caso: A.L.S., masculino, 43 anos, com quadro de rinossinusites de repetição há 2 anos. A equipe responsável optou por tratamento cirúrgico da condição por meio de septoplastia, turbinectomia, sinusectomia de seios maxilares e etmoidais por via endoscópica e com uso de shaver. Durante o procedimento, diagnosticaram uma fístula liquórica intraoperatória. Em vista disso, foi acionada a equipe de otorrinolaringologia do hospital Vera Cruz para auxiliar o procedimento e realização do fechamento da fístula. Para isso, a equipe do hospital optou por utilizar a técnica de enxerto com uso de mucosa septal e fixação deste com cola de fibrina e starsil hemostatic. Após o procedimento cirúrgico o paciente foi mantido internado para observação em leito de UTI, para observação clínica e controle da pressão arterial com objetivo de evitar deslocamento do enxerto, em acompanhamento conjunto com a equipe de neurocirurgia. Neste período o paciente manteve boa evolução sem alterações neurológicas ou grandes flutuações da pressão arterial. Por fim, a equipe inicial optou pela alta hospitalar do paciente após 5 dias de internação, visto que não houve débito da fístula por 48 horas. Mantendo acompanhamento ambulatorial.

Discussão: A rinossinusite crônica (RSC) afeta aproximadamente 15% da população adulta no mundo, e é caracterizada por inflamação crônica dos seios paranasais. O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico a depender das condições anatômicas e da história clínica de recidiva e persistência do paciente. O tratamento cirúrgico dispõe de várias técnicas e entre elas a cirurgia endoscópica sinusal mostra-se uma ótima alternativa com altos índices de sucesso quanto a sintomatologia e melhora na qualidade de vida dos pacientes.

Apesar dos seus benefícios, a cirurgia não é isenta de riscos, tendo como suas principais complicações: lesões orbitárias, hemorragia, fístula liquórica e meningite. No caso acima apresentamos uma fístula liquórica, que pode levar a consequências graves para o paciente em questão como: meningite, pneumoencefalo, hemorragia intracraniana, e óbito. Para evitar complicações alguns pontos anatômicos devem ser estudados antes e durante a cirurgia. É de suma importância o estudo do exame de imagem para planejamento cirúrgico, nesta deve-se avaliar espessura óssea da base do crânio, comprimento da lamela lateral, altura dos seios, e a existência de células anômalas.

Uma técnica de reparo da fístula seria o posicionamento de enxerto, este podendo ser composto por mucosa, retalho septal, gordura, ou fáscia, podendo também ser utilizada cola de fibrina para fixação como no caso apresentado, e o tamponamento do local por meio da cirurgia endoscópica nasal.

Conclusão: Apesar da cirurgia endoscópica nasal ser uma boa indicação de tratamento da rinossinusite crônica e apresentar baixo índice de complicações deve sempre ser realizada uma boa avaliação pré-cirúrgica e intra-cirúrgica identificando as áreas de risco. Além disso, destaca-se a importância do diagnóstico rápido de iatrogenias cometidas durante a cirurgia, juntamente com uma resolução eficaz destas.

Palavras-chave: fistula liquorica; cirurgia endoscopica; rinossinusite.

TCP1110 AMELOBLASTOMA DE SEIO MAXILAR

Autor principal: CLARA BUTIGNOLI DE SOUSA PEREIRA LIMA

Coautores: ALINE RADUAN IACOVONE, BRUNA DE CASTRO DORNELAS, FERNANDO PENTEADO DE CAMARGO GOBBO

Instituição: Hospital Vera Cruz

Apresentação do caso: A.J.T., homem, 58 anos apresentou-se assintomático no serviço de ORL devido achado de exame após tomografia computadorizada de crânio realizada por traumatismo craniano leve. Constatou-se, em tomografia computadorizada de seios da face, solicitada para detalhar a investigação: lesão lobulada com densidade de partes moles e remodelamento ósseo junto à porção posterior do alvéolo maxilar direito, com envolvimento das raízes do 1º dente molar nesta topografia, e áreas de acentuado afilamento ósseo com descontinuidade do assoalho e da porção posterior de seio maxilar; essa área descrita não apresenta impregnação importante por contraste e mede aproximadamente 1,8x1,3 cm nos maiores eixos axiais; discreta opacificação da gordura retromaxilar direita, sem efeito expansivo, sem acometimento do espaço mastigador e sem envolvimento da fossa pterigopalatina; • o seio maxilar direito apresenta paredes discretamente espessadas em toda sua totalidade, com sinais de osteíte reacional nas suas bordas internas e acentuado espessamento mucoso, que pode estar relacionado a sinusopatia inflamatória crônica. Foi realizada cirurgia endoscópica para biópsia excisional, com ressecção completa da lesão e com margem. A análise histopatológica evidenciou ameloblastoma, sendo o paciente então encaminhado para seguimento oncológico.

Discussão: Ameloblastoma é um raro tumor benigno e agressivo de origem odontogênica, cuja etiologia e patogênese ainda não são completamente conhecidas. Tem crescimento lento e infiltrativo, mas com baixa metastatização, e apresenta-se de forma assintomática. Corresponde a 1% dos tumores de cavidade oral, e 10% dos tumores odontogênicos, e é localizado na mandíbula (80%) ou maxila (20%). O ameloblastoma maxilar, além de ser mais raro, é mais agressivo, com uma taxa de recorrência de 50% em 5 anos. O ameloblastoma tem maior incidência em homens e com localização na região posterior do molar mandibular. É classificado em subtipos clínicos: convencional, (também chamado multicístico) periférico, unicístico e metastático. Neste último, o sítio mais comum é o pulmonar. A abordagem habitual a este tipo de tumor é a cirurgia aberta com ressecção da lesão com margem de segurança (1-2cm) para prevenir recorrências. No entanto, a cirurgia aberta tem elevada morbidade como incompetência velofaríngea, prejuízo da musculatura facial e alterações estéticas. Foram descritos na literatura apenas 3 casos de ressecção endoscópica de ameloblastoma. Sabe-se que abordagem endoscópica já é utilizada para ressecção de outros tumores endonasais, e tem como vantagem a minimização das morbidades a curto e longo prazo, como supracitadas. Nos casos de contra-indicação cirúrgica ou palição, são realizadas quimioterapia e radioterapia. No presente caso, foi realizada a técnica endoscópica com ressecção transnasal, sendo retirada toda a lesão com margem de segurança e enviado material para análise histopatológica. O procedimento não teve intercorrências e o paciente manteve-se sem queixas no pós-operatório imediato. O paciente foi encaminhado para avaliação oncológica e seu seguimento ainda está sendo realizado, tendo um novo exame de imagem agendado para seis meses de pós-operatório.

Comentários: Este relato evidencia mais um caso em que foi possível utilizar a técnica endoscópica transnasal para a ressecção completa e com margem de um ameloblastoma, sendo possível a minimizar a morbidade do procedimento e tratar adequadamente a lesão.

Palavras-chave: ameloblastoma; seio maxilar.

TCP1111 IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NAS INTERNAÇÕES POR RINOSSINUSITE CRÔNICA

Autor principal: GABRIELA CALDASSO DE ÁVILA

Coautores: GIORGIA LABATUT, LUCAS RODRIGUES MOSTARDEIRO

Instituição: *universidade católica de pelotas*

Objetivo: Analisar o impacto da pandemia por covid-19 no número de internações por rinossinusite crônica (RSC) no município de Porto Alegre.

Métodos: Para a realização deste trabalho foi elaborada uma análise do número de internações por RSC, no período pré-pandêmico, de fevereiro de 2018 a março de 2020 e no período pandêmico de março de 2020 a março de 2022. Para a realização deste trabalho foram utilizadas as Informações de Saúde (TABNET) pela plataforma DATASUS, utilizando o CID-10 de sinusite crônica.

Resultados: Foram obtidos dados que constam um total de 248 internações por RSC no período de fevereiro de 2018 a março de 2022 em Porto Alegre. No período pré-pandêmico analisado, de fevereiro de 2018 a fevereiro de 2020, ocorreram 162 internações por rinossinusite crônica. Já no período pandêmico, de março de 2020 a março de 2022 ocorreram 86 internações pelo mesmo motivo. Ou seja, o número de internações por RSC no período pandêmico representa 53% das internações de um mesmo período de tempo anterior à pandemia.

Discussão: A RSC trata-se de uma doença ocasionada pela inflamação da mucosa nasal e dos seios paranasais que persiste por mais de 12 semanas, com ou sem polipose nasossinusal, caracterizada por quadro clínico típico e alterações da mucosa respiratória inflamatórias que, se não diagnosticada precocemente e tratada de forma correta em sua forma aguda, são irreversíveis. O diagnóstico equivocado e o tratamento inadequado, por exemplo, com uso longo e repetido de antibióticos para uma doença em que o fator etiológico não são infecções predominantes, ocasionam internações hospitalares que poderiam ser evitadas se o quadro fosse o manejado corretamente. Em concomitância, em março de 2020, o Brasil enfrentou o início da pandemia por COVID-19, a qual superlotou os serviços assistenciais de saúde e resultou em um cenário em que muitos pacientes com doenças crônicas deixaram de procurar os serviços assistenciais de saúde, fato que foi parcialmente controlado com o advento e a distribuição da vacina. No período pandêmico, de março de 2020 a março de 2022, o número de internações por RSC foi pouco maior do que a metade do número de internações analisadas em um mesmo período de tempo, anterior à pandemia de COVID-19 isso evidencia uma redução na busca por atendimento especializado no período pandêmico, o que é evidenciado pela queda brusca no número de internações, demonstrando o quanto pacientes com doenças crônicas como a RSC foram desassistidos em virtude da sobrecarga dos serviços assistenciais em saúde causada pela pandemia de COVID-19. Haja vista o colapso do sistema de saúde no período, essa redução no número de internações não reflete necessariamente uma redução dos casos de RSC.

Conclusão: A queda no número de internações demonstrada pelo levantamento de dados pode ser interpretada como um reflexo do subdiagnóstico dessa doença, principalmente devido a sobrecarga dos serviços de saúde e dos sintomas em comum com a infecção por COVID-19 ou mesmo do acometimento concomitante desse vírus e da RSC durante o período pandêmico. Dessa forma, ressaltamos a importância da avaliação do médico otorrinolaringologista no diagnóstico e no tratamento correto da rinossinusite ainda na fase aguda, a fim de evitar a evolução da doença para cronificação e para consequentes complicações e internações hospitalares, tendo como objetivo reduzir a morbimortalidade dessa doença na população. Este estudo apresenta como limitação o fato de se basear em uma base de dados secundários (o DATASUS), onde pode haver uma subnotificação do número de casos reais desta patologia. Sendo assim, o presente estudo se mostra importante na medida em que sugere a realização de estudos longitudinais que possam avaliar de maneira mais fidedigna o número de internações e morbimortalidade desta patologia.

Palavras-chave: rinossinusite; pandemia; internações.

TCP1112 HEMANGIOMA CAPILAR LOBULAR, UMA POSSÍVEL CAUSA DE OBSTRUÇÃO NASAL

Autor principal: MARCOS VINICIUS CHAGAS SOUSA

Coautores: CAMILA ALVES COSTA SILVA, RAÍSSA DE FIGUEIREDO NEVES, SUSAN BALACIANO TABASNIK, PAULA SOUZA RAMOS, CAROLINA ALVES FAGUNDES, VIVIAN BENAION TABASNIK, LUZIANA DE LIMA RAMALHO

Instituição: *Policlinica de Botafogo*

Apresentação do caso: Paciente sexo masculino, 51 anos, sem comorbidades prévias, atendido na Policlínica de Botafogo com queixa de sangramento e obstrução nasal a direita há 1 dia. Paciente refere que fato ocorreu logo após esforço em espirro e ter manipulado as narinas. Ao exame rinoscópico anterior apresentando lesão abaulada, pediculada, implantada em parede septal a direita, obliterando maior parte de fossa nasal, com fácil sangramento a manipulação. Durante manipulação despreendeu-se um fragmento que foi enviado para análise histopatológica. O exame histológico revelou um quadro morfológico consistente com hemangioma capilar ulcerado e com trombose superficial recente, neoplasia se estendendo ao limite de ressecção profundo. Após 10 dias paciente retorna ao serviço com queixa de nova obstrução nasal com evolução progressiva. Ao exame apresentava novo abaulamento e lesão pediculada anterior a direita, sendo solicitado tomografia computadorizada de seios da face que revelou lesão com densidade de partes moles e aspecto vegetante, localizada anteriormente na fossa nasal direita, em íntimo contacto com a porção cartilaginosa do septo nasal e apresentando impregnação heterogênea pelo meio de contraste venoso, medindo cerca de 17x 10 mm nos maiores diâmetros axiais. Diante disso, programado então, exérese completa da lesão em centro cirúrgico, com margem de segurança.

Discussão: O hemangioma capilar lobular é um tipo de tumor vascular, também designado de granuloma piogênico, considerada uma neoplasia vascular benigna. Seu surgimento no septo nasal pode ser descoberto de maneira incidental, associado a sintomas de epistaxe, dor, obstrução nasal unilateral, dando seguimento em uma massa de aspecto polipóide e friável, com rápido crescimento, podendo chegar de 1 a 2 cm em poucos dias. Praticamente 1/4 dos casos ocorrem após trauma local, como por exemplo tamponamento e intubação por sonda nasogástrica. Há também associação com fatores hormonais exercendo papel etiológico, incluindo gravidez e uso de anticoncepcionais orais. Embora controverso a obrigatoriedade da utilização de exames de imagem para diagnóstico, comumente é realizada complementação com tomografia computadorizada com contraste para elucidação diagnóstica, avaliar extensão da lesão e planejamento cirúrgico. Para distinção de outros tipos de hemangiomas nasais é fundamental o exame histopatológico. No hemangioma capilar lobular evidencia-se proliferação endotelial com espaços vasculares proeminentes, capilares com padrão lobular, epitélio com presença de ulceração e um pedículo composto por tecido fibrovascular. Dentre as hipóteses de diagnóstico diferencial em massa intranasal incluem-se diversas patologias congênitas, neoplásicas e inflamatórias, como polipoantrocoanal, meningocele, meningoencefalocoele, sarcoidose, granulomatose com poliangite, papiloma, sarcoma de Kaposi, hemangiosarcoma, carcinoma espinocelular ou melanoma maligno da mucosa. Apesar de dificilmente acometer a população pediátrica, deve-se pensar neste diagnóstico quando houver lesão vascular nasal com epistaxe unilateral e obstrução nasal. O tratamento cirúrgico é necessário para o controle do sangramento e o acesso endonasal em geral é optado devido controle mais rigorosa da hemostasia, sendo geralmente suficiente para sucesso do tratamento. Existem diversos tratamentos descritos na literatura para exérese desta lesão, como curetagem, eletrodissecção, crioterapia ou excisão a frio. Além disso, técnicas com recurso de embolização ou laser em alguns casos também estão presentes na literatura. Com intuito de diminuição de recorrência realiza-se excisão completa da lesão, complementando-se com remoção do pericôndrio que envolve base da lesão.

Comentários finais: Apesar de dificilmente acometer a população pediátrica, deve-se pensar neste diagnóstico quando houver lesão vascular nasal com epistaxe unilateral e obstrução nasal. Havendo suspeição clínica é incontestável a necessidade da realização de histopatológico da lesão, associada a exérese completa com margem de segurança, evitando-se recidivas.

Palavras-chave: hemangioma capilar; obstrução nasal; neoplasia vascular.

TCP1113 FÍSTULA LIQUÓRICA NASAL EM PACIENTE ADULTA JOVEM COM HISTÓRICO DE MENINGITE - UM RELATO DE CASO

Autor principal: GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA

Coautores: RUBIANNE LIGORIO DE LIMA, RAFAELA MABILE FERREIRA DOS SANTOS SOBREIRO, JOANA LUÍZA ZIMMER, ALINE FAYAD SANCHES, ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA, FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI, LUCAS CORREIA PORTES

Instituição: Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná

Apresentação do caso: Paciente feminina, 22 anos de idade, encaminhada pela Unidade de Pronto Atendimento para o serviço de Otorrinolaringologia por conta de sensação de peso em face, dor em região de seios frontal, etmoidal e maxilar bilateral, além de obstrução nasal direita, há 1 mês. Refere apresentar rinorreia anterior com aspecto de água de rocha de longa data, piora com a flexão da cabeça, além de gotejamento nasal posterior. Apresentou episódio de febre de 38,3°C e piora dos sintomas há 3 dias. Fez uso de spray nasal com corticoide, Amoxicilina, Cefalexina, Amoxicilina e Clavulanato, Prednisona sem melhora dos sintomas. Último ciclo de antibióticos foi realizado há 1 semana. Nega trauma nasal e epistaxe. Apresenta histórico de meningite por provável sinusite há 5 anos e realizou tratamento em outro serviço. Demais comorbidades, refere hipotireoidismo com uso de Levotiroxina e nega cirurgias prévias de cabeça e pescoço. Exames laboratoriais iniciais demonstraram Proteína C-Reativa de 13 mg/dL (valor de referência: < 0,3 mg/dL), leucocitose de 17 mil e 81% de segmentados. Rinoscopia com presença de abaulamento pulsátil em cavidade nasal direita e rinorreia hialina durante flexão da cabeça. Otoroscopia e otoscopia sem particularidades. Solicitada tomografia computadorizada de seios da face a qual evidenciou erosão da lâmina cribiforme associada à massa hipodensa com discreto realce periférico centrada no meato nasal médio direito, estendendo-se até a coana, medindo aproximadamente 38 x 23 x 12 mm. Exame de nasofibrosopia demonstrou presença de massa pulsátil em região lateral de narina direita e gotejamento de secreção com aspecto de água de rocha em região frontal à direita, confirmando o diagnóstico de fístula liquórica rinogênica. Optado por internar a paciente e iniciado antibioticoterapia com corticoide e analgesia. Paciente apresentou melhora dos parâmetros de dor durante o internamento, porém precisou ser transferida para outro serviço que contasse com equipe de Neurocirurgia por necessidade de abordagem cirúrgica para correção.

Discussão: Fístula liquórica é caracterizada pela comunicação anormal entre o espaço subaracnóideo cerebral e a cavidade nasal ou cavidade timpânica. Apresenta diversas etiologias, dentre elas traumática, espontânea, pseudofístula, fístula nasal paradoxal ou fístula nasal oculta. Causas rinogênicas, se comparadas com as otogênicas, são as mais frequentes, sendo a lâmina cribiforme e etmóide anterior os locais mais comuns de acometimento. O diagnóstico se dá, dentre outros, pela coleta e análise do líquido que se extravasa a fim de identificar se é líquido através da dosagem de glicose e beta-2-transferrina. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico a depender do caso e, estudos demonstram elevadas taxas de sucesso e baixa morbidade da correção da fístula através da técnica endonasal.

Comentários finais: Casos como esse acendem o alerta para a importância da realização adequada de anamnese e exame físicos otorrinolaringológicos a fim de se fazer um correto diagnóstico, principalmente em se tratando de paciente jovem. O exame da nasofibrosopia, aliado à tomografia computadorizada, permitem visualização mais direcionada da fístula liquórica, guiando o tratamento e evitando futuras complicações.

Palavras-chave: fístula liquórica; meningite; cirurgia endoscópica por orifício natural.

TCP1114 **EPIDEMIOLOGIA DE CIRURGIAS PARA CORREÇÃO DE FÍSTULA ORO-NASAL E ORO-SINUSAL NO BRASIL, 2013 A 2021**

Autor principal: GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA

Coautores: IAN SELONKE, ANA LUIZA CAMARGO, LETÍCIA OLIVEIRA DE MENEZES, IGOR MATHEUS ARAUJO DUARTE, ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA, MILENA SAYURI OTSUKI, DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH

Instituição: Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná

Objetivo: Analisar de maneira quantitativa o número de internações em leitos do Sistema Único de Saúde brasileiro referente a cirurgia de correção de fístula oro-nasal e oro-sinusal entre os anos de 2013 a 2021.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa referente à ocupação dos leitos otorrinolaringológicos do Sistema Único de Saúde decorrentes de procedimentos cirúrgicos de correção de fístula oro-nasal e oro-sinusal no Brasil, durante os anos de 2013 a 2021. Os dados relativos às internações foram coletados do sistema Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) TabWin e, posteriormente, foram tabulados no programa Excel 2013.

Resultado: No período estabelecido, foram realizadas um total de 1516 internações em leitos do Sistema Único de Saúde para realização de cirurgia de correção de fístula oro-nasal e/ou oro-sinusal no Brasil. A média entre os anos foi de, aproximadamente, 168 procedimentos realizados e o valor da mediana foi de 181 cirurgias. As internações para realização das correções, entre os anos de 2013 e 2019, não apresentaram aumento significativo entre os anos, mantendo-se uma média de 185 internações. O ano que apresentou maior número de cirurgias, 195, foi 2019 e tal valor, em relação ao total de procedimentos, representa aproximadamente 13%. No período de 2019 para 2020, no entanto, houve redução significativa de mais de 48% entre o número de internações para correção, de 195 para 101, representando queda de 94 cirurgias. Em relação ao período de 2020 para 2021, houve aumento de aproximadamente 15% no número de internações, representando 15 procedimentos a mais de um ano para o outro.

Discussão: A fístula oro-sinusal, também conhecida como fístula bucossinusal, é caracterizada pela comunicação entre o seio maxilar e a cavidade oral que, frequentemente, é criada de modo acidental durante extração dentária. Já a fístula oro-nasal, chamada de fístula palatina, são malformações congênitas, podendo ocorrer após palatoplastias. O diagnóstico é realizado através dos sintomas do paciente, bem como por meios radiográficos e endoscopia nasal. O tratamento cirúrgico é preconizado na maioria dos casos através do fechamento da fístula. Com base nos dados de internações em leitos do Sistema Único de Saúde para cirurgia de correção de fístula oro-nasal e oro-sinusal no período analisado, é possível dizer que, entre 2019 e 2020, houve redução de quase 50% no número de procedimentos. A principal hipótese para essa queda é devido ao impacto da pandemia da COVID-19 nas cirurgias, principalmente cirurgias de caráter eletivo e não emergencial.

Conclusão: Estudos epidemiológicos através de análises estatísticas quantitativas na área da saúde são essenciais para se traçar visão mais abrangente acerca de procedimentos e patologias otorrinolaringológicas. Com relação ao número de cirurgias para correção de fístula oro-nasal e oro-sinusal no período analisado, houve redução por conta das restrições impostas pela pandemia da COVID-19, mas se espera retorno aos números habituais nos próximos anos.

Palavras-chave: epidemiologia analítica; fístula bucoantral; COVID-19.

TCP1115 DENTE SUPRANUMERÁRIO EM FOSSA NASAL: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OBSTRUÇÃO NASAL

Autor principal: AUDRYO OLIVEIRA NOGUEIRA

Coautores: GUILHERME LAPORTI BRANDÃO, WILSON BENINI GUERCIO, ANDRÉ COSTA PINTO RIBEIRO, ALEXANDRE CARDOSO ALBUQUERQUE, DANIEL TINÔCO LEITE, NATÁLIA MARIA CÂMARA DA LUZ

Instituição: Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

Apresentação do caso: ACS, sexo feminino, 40 anos de idade, sabidamente hígida, consultou-se no ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário da UFJF/EBSERH, queixando-se de obstrução nasal de longa data, refratária a lavagem nasal com soro fisiológico e corticosteroides tópicos. Negava dor facial, rinorreia, hiposmia, tosse, roncos ou outros sintomas orofaríngeos ou nasossinusais. À rinoscopia e fibronasoscopia, evidenciaram-se crostas em meato nasal inferior esquerdo. A oroscopia demonstrou dentição completa, com dentes alinhados, e cáries. A tomografia computadorizada dos seios da face evidenciou um material hiperdenso dentiforme, proveniente do palato duro à esquerda, em contato com a concha nasal inferior ipsilateral, além de um desvio do septo nasal ósseo ipsilateral, posterior à referida lesão. Prosseguimos à septoplastia, acompanhada, no mesmo tempo cirúrgico, da exérese endoscópica da lesão em meato inferior esquerdo, com auxílio de descoladores rombos e material de apreensão, sob anestesia geral. Análise histopatológica da lesão removida foi laudada como “elemento dentário com polpa rudimentar, com escassa representação celular, dentina, cimento e ligamento periodontal focalmente. Ausência de malignidade na amostra”. Após interconsulta com o serviço de Odontologia do mesmo hospital e conferição da arcada superior completa, chegou-se ao diagnóstico de um dente extranumerário. A referida paciente evoluiu bem, sem novas queixas, sem evidência de fístula buco-sinusal ao exame, relatando melhora do quadro nasal que havia culminado na propedêutica realizada.

Discussão: A presença de dente supranumerário ocorre em 1% da população geral. Em parte dos casos, o referido dente pode encontrar-se na cavidade nasal. Suas causas são diversas: podem ser traumáticas, devido à extrusão do elemento dentário para fora da cavidade oral, ou não-traumáticas, como infecção odontogênia, cistos maxilares, obstrução à erupção dentária e distúrbios do desenvolvimento. O dente em fossa nasal pode ser assintomático ou provocar alterações obstrutivas e, conseqüentemente, infecciosas ipsilaterais em cavidade nasal, além de fístula oro-nasal e deformidades no desenvolvimento nasal. O diagnóstico diferencial deve ser realizado com tumores, corpos estranhos e rinolitos. Para tanto, deve-se comumente lançar mão do diagnóstico histopatológico. O tratamento visa a melhora dos sintomas e prevenção de complicações, quer sejam obstrutivas, infecciosas ou de desenvolvimento facial. Com essas finalidades, o tratamento deve ser a extração do dente – de preferência, endoscópica, devido à menor morbidade per-operatória.

Comentários finais: O caso ilustra um raro diagnóstico diferencial para o quadro de obstrução nasal. A paciente em questão não apresentava elementos em sua história ou exame clínico que corroborassem uma das possíveis causas de dente extranumerário. Ainda assim, devido à queixa obstrutiva e necessidade de elucidação diagnóstica, além de prevenir futuras complicações, sobretudo infecciosas, a exérese do dente ectópico foi realizada e demonstrou-se efetiva na resolução do quadro sintomático da paciente.

Palavras-chave: erupção ectópica de dente; obstrução nasal; dente supranumerário.

TCP1116 TERATOCARCINOSARCOMA NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO**Autor principal:** RAFAEL AUGUSTO COSTA**Coautores:** LEANDRO FERNANDES LEMOS, BRENDA FERREIRA ROCHA, LETÍCIA DE PAULA ERVILHA, ANA LETÍCIA VIEIRA SANTOS, EMERSON MONTEIRO RODRIGUES, MATHEUS SOUSA VILANO**Instituição:** Hospital Bom Samaritano

Apresentação do caso: Paciente 30 anos, sexo masculino, queixa de epistaxe recorrente a esquerda, obstrução nasal ipsilateral, cefaleia há 3 meses. Realizado endoscopia nasossinusal, observado massa tumoral ocupando fossa nasal esquerda. Solicitado Tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética de seios paranasais que encontrou achados inespecíficos de lesão expansiva em fossa nasal esquerda de limites pouco definidos. Realizado biópsia incisional. Exame anatomopatológico com achados de lesão de significado indeterminado, sendo complementado com imuno-histoquímica que confirmou tratar-se de teratocarcinossarcoma nasal. Após diagnóstico, optou-se por tratamento com radioterapia e quimioterapia, com regressão inicial da lesão.

Discussão: O teratocarcinossarcoma nasossinusal é um tumor maligno raro, agressivo em que a cavidade nasal e seios paranasais são os locais mais acometidos. É morfológicamente heterogêneo e caracteriza-se pela presença de componentes epiteliais (carcinoma escamoso ou adenocarcinoma), mesenquimais (células fusiformes, lisas, musculares esqueléticas, cartilaginosas e ósseas) e neurais benignos e malignos.

A epidemiologia mostra maior acometimento de homens em relação a mulheres (83%), com média de idade de 50 anos (variação de 10 a 82 anos) indo de encontro com o sexo e idade do caso apresentado.

Epistaxe recorrente, obstrução nasal e cefaleia representam os sintomas mais comuns, os quais foram referidos pelo paciente em questão. Além desses, podem apresentar hiposmia, desconforto facial, dor retroorbitária.

Endoscopia nasal permite visualizar a lesão tumoral inespecífica ocupando fossa nasal, determinando ou não comprometimento de drenagem de seios paranasais, bem como de estruturas locais. No caso apresentado, a massa tumoral ocupava fossa nasal esquerda do paciente.

Tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética de seios paranasais podem evidenciar imagens comuns a outras neoplasias nasossinusais. Entretanto, são exames importantes para avaliar características da lesão, extensão local do tumor, possíveis comprometimentos de estruturas adjacentes, sendo portanto fundamentais para auxílio diagnóstico, planejamento terapêutico e seguimento desses pacientes. No caso em estudo, a tomografia computadorizada de seios dos seios paranasais apresentou formação tecidual amorfa, com densidade de partes moles, condicionando obliteração do infundíbulo etmoidal, do complexo óstio meatal, recesso esenoetmoidal a esquerda, com leve erosão da lâmina cribiforme do etmoide. A ressonância nuclear magnética de seios paranasais não evidenciou lesões intra-axiais no encéfalo.

O diagnóstico exato é realizado pelo anatomopatológico e imuno-histoquímica que confirmam achados de tecidos provenientes do ectoderma, mesoderma e endoderma. Por ser uma lesão infrequente, muitas vezes podem ser confundidas com outras neoplasias nasais, por exemplo com esteseoneuroblastoma.

O tratamento desse câncer pode envolver cirurgia, radioterapia e quimioterapia. A maioria dos estudos avaliados defendem o tratamento cirúrgico inicial sempre que possível, acompanhado com radioterapia e/ou quimioterapia adjuvantes. No caso apresentado, optou-se por tratamento radioterápico inicialmente seguido de quimioterapia, com resultado satisfatório até o momento.

Conclusão: Dada a raridade desse tumor maligno, o relato de novos casos podem auxiliar na melhor abordagem futura desse câncer. Devido sua composição heterogênea, seu diagnóstico é desafiante. Por isso, saber de sua existência e conhecer suas características são fundamentais para diagnóstico correto, evitando-se atraso no tratamento e melhorando prognóstico desses pacientes. A terapia multimodal, cirurgia com radioterapia e/ou quimioterapia mostra-se superior em relação a sobrevida desses pacientes quando comparado à cirurgia isolada.

TCP1117 TERATOCARCINOSARCOMA NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO

Autor principal: RAFAEL AUGUSTO COSTA

Coautores: LEANDRO FERNANDES LEMOS, BRENDA FERREIRA ROCHA, LETÍCIA DE PAULA ERVILHA, ANA LETÍCIA VIEIRA SANTOS, EMERSON MONTEIRO RODRIGUES, MATHEUS SOUSA VILANO

Instituição: Hospital Bom Samaritano

Apresentação do caso: Paciente 30 anos, sexo masculino, queixa de epistaxe recorrente a esquerda, obstrução nasal ipsilateral, cefaleia há 3 meses. Realizado endoscopia nasossinusal, observado massa tumoral ocupando fossa nasal esquerda. Solicitado Tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética de seios paranasais que encontrou achados inespecíficos de lesão expansiva em fossa nasal esquerda de limites pouco definidos. Realizado biópsia incisional. Exame anatomopatológico com achados de lesão de significado indeterminado, sendo complementado com imuno-histoquímica que confirmou tratar-se de teratocarcinossarcoma nasal. Após diagnóstico, optou-se por tratamento com radioterapia e quimioterapia, com regressão inicial da lesão.

Discussão: O teratocarcinossarcoma nasossinusal é um tumor maligno raro, agressivo em que a cavidade nasal e seios paranasais são os locais mais acometidos. É morfológicamente heterogêneo e caracteriza-se pela presença de componentes epiteliais (carcinoma escamoso ou adenocarcinoma), mesenquimais (células fusiformes, lisas, musculares esqueléticas, cartilaginosas e ósseas) e neurais benignos e malignos.

A epidemiologia mostra maior acometimento de homens em relação a mulheres (83%), com média de idade de 50 anos (variação de 10 a 82 anos) indo de encontro com o sexo e idade do caso apresentado.

Epistaxe recorrente, obstrução nasal e cefaleia representam os sintomas mais comuns, os quais foram referidos pelo paciente em questão. Além desses, podem apresentar hiposmia, desconforto facial, dor retroorbitária.

Endoscopia nasal permite visualizar a lesão tumoral inespecífica ocupando fossa nasal, determinando ou não comprometimento de drenagem de seios paranasais, bem como de estruturas locais. No caso apresentado, a massa tumoral ocupava fossa nasal esquerda do paciente.

Tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética de seios paranasais podem evidenciar imagens comuns a outras neoplasias nasossinusais. Entretanto, são exames importantes para avaliar características da lesão, extensão local do tumor, possíveis comprometimentos de estruturas adjacentes, sendo portanto fundamentais para auxílio diagnóstico, planejamento terapêutico e seguimento desses pacientes. No caso em estudo, a tomografia computadorizada de seios dos seios paranasais apresentou formação tecidual amorfa, com densidade de partes moles, condicionando obliteração do infundíbulo etmoidal, do complexo óstio meatal, recesso esenoetmoidal a esquerda, com leve erosão da lâmina cribiforme do etmoide. A ressonância nuclear magnética de seios paranasais não evidenciou lesões intra-axiais no encéfalo.

O diagnóstico exato é realizado pelo anatomopatológico e imuno-histoquímica que confirmam achados de tecidos provenientes do ectoderma, mesoderma e endoderma. Por ser uma lesão infrequente, muitas vezes podem ser confundidas com outras neoplasias nasais, por exemplo com esteseoneuroblastoma.

O tratamento desse câncer pode envolver cirurgia, radioterapia e quimioterapia. A maioria dos estudos avaliados defendem o tratamento cirúrgico inicial sempre que possível, acompanhado com radioterapia e/ou quimioterapia adjuvantes. No caso apresentado, optou-se por tratamento radioterápico inicialmente seguido de quimioterapia, com resultado satisfatório até o momento.

Conclusão: Dada a raridade desse tumor maligno, o relato de novos casos podem auxiliar na melhor abordagem futura desse câncer. Devido sua composição heterogênea, seu diagnóstico é desafiante. Por isso, saber de sua existência e conhecer suas características são fundamentais para diagnóstico correto, evitando-se atraso no tratamento e melhorando prognóstico desses pacientes. A terapia multimodal, cirurgia com radioterapia e/ou quimioterapia mostra-se superior em relação a sobrevida desses pacientes quando comparado à cirurgia isolada.

TCP1118

NARIZ EM SELA E PERFURAÇÃO DE PALATO DURO SECUNDÁRIOS A HANSENÍASE COMPLICADA POR MIÍASE**Autor principal:** EMERSON SCHINDLER JUNIOR**Coautores:** VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA, CYBELLE ENTA DO PRADO, ALINE FAYAD SANCHES, BRUNO CERON HARTMANN, FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI, BRUNA PUPO, LUCAS CORREIA PORTES**Instituição:** Hospital da Cruz Vermelha - Paraná

Apresentação do caso: Paciente masculino, 82 anos, de condição socioeducacional baixa, com histórico de hanseníase há cerca de 40 anos, vem ao ambulatório de otorrinolaringologia apresentando desabamento do dorso nasal, além de perfuração em palato duro. Refere histórico de dois episódios de miíase em região nasal, demandando abordagem cirúrgica para remoção das larvas em uma das ocasiões. O paciente relatou um histórico de anosmia há 30 anos, associada a rinorreia, prurido intermitente e voz anasalada. Também queixou-se de dificuldade alimentar devido a perfuração em palato. Ao exame físico, observada cavidade nasal única, descontinuidade septal, ausência de visualização de cornetos nasais e perfuração em palato duro. A tomografia computadorizada de seios da face evidenciou descontinuidade septal anterior, espessamento mucoso em seio maxilar à direita, perfuração em palato duro com comunicação de cavidade oral e nasal e espessamento em região medial ao processo uncinado. Paciente encaminhado para biópsia de borda da perfuração septal, a qual demonstrou processo inflamatório crônico inespecífico e colonização fúngica. A pesquisa de BAAR e Leishmania tiveram resultado negativo. O paciente foi encaminhado ao ambulatório de infectologia para investigação, mantendo acompanhamento também no ambulatório da otorrinolaringologia com manejo clínico dos sintomas até abordagem cirúrgica.

Discussão: A hanseníase é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, o qual tem como um dos principais sítios a mucosa nasal. A clínica da doença inclui lesões hipocrômicas em pele, pápulas e tubérculos indolores, artralgia, formigamentos e edema em mãos ou pés. A Hanseníase apresenta uma característica descendente em relação às manifestações, sendo comum que o quadro inicial seja otorrinolaringológico devido à entrada do patógeno através da cavidade nasal. As complicações nasais são de grande relevância, sendo classificadas em precoces, intermediárias e tardias. As manifestações precoces incluem infiltração da mucosa e ressecamento nasal. As intermediárias incluem obstrução nasal e surgimento de crostas. Na fase tardia, há comprometimento mais acentuado da irrigação sanguínea, com infecções secundárias, ulcerações, alterações de sensibilidade e olfato, e, por fim, perfurações e destruição septais.

Outros sinais clínicos otorrinolaringológicos relevantes são ulcerações em mucosa bucal, globus faríngeo, otalgia, hipoacusia, zumbido e vertigem.

No caso apresentado, a perda estrutural gerada pela hanseníase provavelmente foi complicada pelos múltiplos episódios de miíase, levando a maior perda da anatomia da região nasal.

Comentários finais: O desenvolvimento do nariz em sela é uma complicação possível em pacientes acometidos pela hanseníase. Além do prejuízo estético, déficits funcionais podem afetar de forma significativa a qualidade de vida do paciente. Dessa forma, é de extrema relevância o diagnóstico precoce da doença, assim evitando ao máximo a possibilidade de lesões severas ou até mesmo incapacitantes. Tendo em vista o potencial acometimento nasal, é importante ao otorrinolaringologista o conhecimento e suspeição da doença.

Palavras-chave: hanseníase; nariz em sela; rinologia.

TCP1119 **NARIZ EM SELA SECUNDÁRIO A GRANULOMATOSE DE WEGENER****Autor principal:** EMERSON SCHINDLER JUNIOR**Coautores:** IAN SELONKE, DENISE BRAGA RIBAS, IGOR MATHEUS ARAUJO DUARTE, ALINE FAYAD SANCHES, PEDRO AUGUSTO MATAVELLY OLIVEIRA, BRUNA PUPO, LUCAS CORREIA PORTES**Instituição:** Hospital da Cruz Vermelha - Paraná

Apresentação do caso: Paciente feminina, 62 anos, vem ao ambulatório referindo um quadro de paralisia facial há 10 anos, o qual evoluiu para perda auditiva e tinnitus em ouvido esquerda. Referiu que os sintomas auditivos iniciaram também no ouvido direito há alguns meses. De forma associada, relatou quadros vertiginosos com duração de 1 minuto ao movimentar a cabeça rapidamente, além de importante obstrução nasal bilateral, roncopia e epistaxes de repetição. Também alega perceber odor fétido na região nasal. Ao exame físico, a otoscopia e a oroscopia não demonstraram alterações, entretanto foi observado nariz em sela com grande quantidade de crostas à rinoscopia. A tomografia computadorizada de seios da face demonstrava destruição óssea de algumas células etmoidais, paredes mediais dos seios maxilares, das conchas nasais médias e inferiores. Também foram observados sinais de perfuração do septo nasal cartilaginoso e presença de material heterogêneo no interior das cavidades nasais. A tomografia de mastoide demonstrou mastoides hipodesenvolvidas bilateralmente, com presença de material de partes moles em região retrotimpânica bilateralmente, com esporão de chaussé, ossículos e tegmen presevadados. A audiometria e a impedanciometria evidenciaram perda auditiva mista moderada descendente bilateral com curva B bilateralmente. A paciente foi encaminhada à reumatologia, onde foi realizado o diagnóstico de Granulomatose de Wegener, sendo iniciado tratamento com Metotrexate e corticosteroide. Foi instituído tratamento clínico para o quadro nasal com lavagem e uso de spray corticosteroide. A paciente também foi encaminhada para obtenção de prótese auditiva e aguarda liberação clínica para realização de cirurgia para reconstrução anatomofuncional nasal.

Discussão: A Granulomatose de Wegener é uma entidade clínico-patológica idiopática, que se apresenta de forma clássica ou de forma limitada. A forma clássica é caracterizada pela trilogia de inflamação granulomatosa e necrosante de trato respiratório e glomerulonefrite necrosante, enquanto a forma limitada envolve apenas trato respiratório. Boa parte dos pacientes apresentam rinorreia persistente, epistaxes e ulcerações em região nasal. Alguns pacientes podem também apresentar tosse, lesões cutâneas, vertigem, perdas auditivas, dores articulares e perda de peso. O achado laboratorial de Anca-C sugere o diagnóstico da patologia, estando positivo em 65-90% dos pacientes. O diagnóstico definitivo é realizado a partir de biópsia do tecido acometido, sendo em geral optado por biópsia renal. A paciente em questão teve um quadro significativo envolvendo vias aéreas superiores, com grande prejuízo funcional e estético da região nasal.

Comentários finais: Os sintomas iniciais da Granulomatose de Wegener podem ser inespecíficos, não sendo incomum que a doença seja diagnosticada já na presença de complicações. Tendo em vista a presença de sintomas relacionados à via aérea superior, é importante ao otorrinolaringologista o conhecimento da patologia e a consideração como diagnóstico diferencial em pacientes acometidos por quadros nasossinusais associados a artralgias, febre, perda de peso e lesões cutâneas.

Palavras-chave: granulomatose de Wegener; rinologia; nariz em sela.

TCP1120 ANOSMIA PÓS TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO: RELATO DE CASO

Autor principal: LEONARDO MARINHO PORTES

Coautores: IARA MARTINEZ GONCALVES, JAQUELINE ALTOÉ, RENAN GOMES VIANA NIERO, TAIS FERREIRA VILELA, JOÃO PAULO BISPO GONÇALVES, LUDMILA MELO DA SILVA CARDOSO, OSMAR CLAYTON PERSON

Instituição: Universidade Santo Amaro (UNISA)

Apresentação de caso: Masculino, 64 anos, queixa de anosmia e disgeusia de início súbito após trauma cranioencefálico (TCE), quando caiu de andaime de altura indefinida durante exercício laboral, sem quaisquer melhoras no quadro desde então. Sem outras queixas otorrinolaringológicas ou neurológicas. À rinoscopia anterior, septo centrado e conchas nasais inferiores empalidecidas e hipertróficas bilateralmente. Ressonância magnética de crânio evidenciou encefalomalácia e gliose marginal, associada a produtos de degradação de hemossiderina acometendo porções frontais basais, sem fraturas cranianas. Prescrito treinamento olfatório por 1 ano, ácido alfalipóico por 3 meses, corticoterapia tópica e corticoterapia sistêmica e, sem qualquer melhora dos sintomas.

Discussão: O nervo olfatório (NO) é responsável pela transmissão dos estímulos olfatórios do neuroepitélio do teto da cavidade nasal para o encéfalo. O neuroepitélio é composto por neurônios derivados do bulbo olfatório, na fossa anterior do crânio, que perfuram a lâmina crivosa do osso etmoide e entram na cavidade nasal. A lesão traumática do NO é definida como perda de função olfativa decorrente de TCE e que não envolve diretamente o nariz ou o neuroepitélio olfativo, mas as fibras do NO na região superior à lâmina crivosa do etmoide. Quando o paciente evolui com anosmia completa, raramente é reversível. Dentre todos os casos de TCE a incidência de alterações olfativas atinge 3 – 5%, principalmente por traumas occipitais resultantes de baixa energia cinética, pelo mecanismo de contragolpe sofrido pela região basal dos lobos frontais. É observado ainda que maioria dos pacientes não apresentam lesão ou queixas detectáveis no primeiro exame, mas sim durante o acompanhamento ambulatorial algum tempo após o TCE. O presente caso alerta o otorrinolaringologista em relação ao potencial reduzido de recuperação do olfato nos casos de lesão pós-traumática do NO.

Comentários finais: Diante de quadros de TCE se torna importante o seguimento do paciente a fim de avaliar possíveis acometimentos olfativos secundários ao trauma, pois a privação sensorial pode apresentar riscos ao indivíduo. É importante orientar o paciente quanto ao prognóstico e as medidas de cuidado que ele deve ter a partir do diagnóstico para evitar acidentes domésticos ou no trabalho.

Palavras-chave: anosmia; trauma cranioencefálico.

TCP1121 AVALIAÇÃO OBJETIVA DO FLUXO NASAL PRÉ-CIRÚRGICO

Autor principal: JOÃO PAULO BISPO GONÇALVES

Coautores: RENAN GOMES VIANA NIERO, TAIS FERREIRA VILELA, BARBARA SOUZA LEÃO SANTIAGO, LUIZ RICARDO DE ANDRADE, LUIGI FERREIRA E SILVA, CLAUDIO LUIZ LAZZARINI, OSMAR CLAYTON PERSON

Instituição: *Universidade Santo Amaro*

Objetivos: Avaliar os benefícios da utilização da análise objetiva do fluxo nasal em associação com outras ferramentas para decisão de indicação cirúrgica.

Métodos: Trata-se de sinopse baseada em evidências. Procedeu-se à busca por estudos que associavam «fluxo nasal», «rinomanometria», «rinometria acústica» e «cirurgia nasal» em três bases eletrônicas de dados: Cochrane - Central de Registros de Ensaio Clínicos - CENTRAL (2022), PUBMED (1966-2022) e PORTAL BVS (1982-2022). Dois pesquisadores independentemente extraíram os dados e avaliaram a qualidade dos estudos para a síntese. O desfecho primário de análise envolveu a efetividade da análise objetiva do fluxo nasal na indicação cirúrgica nasal.

Resultados: A estratégia de busca recuperou 36 estudos nas bases de dados, sendo 6 revisões, 10 ensaios clínicos e 2 consensos. Todos foram considerados nessa revisão.

Discussão: Há unanimidade na literatura de que pacientes com maior queixa nasal obstrutiva tendem a ter melhores Resultados cirúrgicos pós-operatórios em avaliação por questionários de qualidade de vida. Houve evidência para realização de avaliação objetiva do fluxo nasal pré-cirurgia em procedimentos de septoplastia, turbinectomia, cirurgia endoscópica nasossinusal, cirurgia de correção de válvula nasal e rinosseptoplastia. Há consenso que a indicação cirúrgica traz melhor benefício quando se correlaciona a queixa dos pacientes à análise objetiva do fluxo nasal. Esses achados podem corroborar para uso com maior segurança da avaliação objetiva do fluxo aéreo nasal na rotina dos otorrinolaringologistas.

Conclusão: A avaliação objetiva do fluxo aéreo nasal deve ser realizada, quando possível, no pré-operatório de cirurgias nasais objetivando melhor performance dos Resultados clínicos dos pacientes.

Palavras-chave: rinomanometria; rinometria acustica; cirurgia nasal.

TCP1122 EXTRATO DE PELARGONIUM SIDOIDES PARA INFECÇÕES AGUDAS DO TRATO RESPIRATÓRIO SUPERIOR

Autor principal: LUDMILA MELO DA SILVA CARDOSO

Coautores: LEONARDO MARINHO PORTES, IARA MARTINEZ GONCALVES, JAQUELINE ALTOÉ, JOÃO PAULO BISPO GONÇALVES, RENAN GOMES VIANA NIERO, TAIS FERREIRA VILELA, OSMAR CLAYTON PERSON

Instituição: Universidade Santo Amaro (UNISA)

Objetivos: Avaliar a efetividade do extrato de Pelargonium sidoides, neste estudo abreviado como EPs 7630, para infecções do trato respiratório superior.

Métodos: Trata-se de revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados (ECR). Procedeu-se à busca por meio de estudos que associavam Pelargonium sidoides e infecções do trato respiratório superior em três distintas bases eletrônicas de dados, sendo elas Cochrane - CENTRAL (2022), PUBMED (1966 - 2022) e PORTAL BVS (1982 - 2022). Dois pesquisadores extraíram os dados e avaliaram a qualidade dos estudos apresentados. O desfecho primário de análise envolveu a melhora clínica dos sintomas.

Resultados: Foram encontradas 156 referências, sendo elas 128 no PUBMED, 1 na Cochrane e 27 no Portal BVS / LILACS. Depois de eliminadas as duplicidades e as referências não relacionadas ao escopo da análise em foco, selecionaram-se, então, os estudos de acordo com os critérios de inclusão, totalizando, dessa forma, 14 ECR e 2.042 participantes. Houve favorecimento do EPS 7630 em todos os estudos avaliados pelos participantes. Nenhuma das referências avaliadas referiu eventos adversos ao EPS7630. A maioria foi realizada em pacientes com infecção viral, ocorrendo redução de tosse em até dez dias ($p = 0,002$) quando comparado a placebo, espirros ($p = 0,001$) em até três dias e dor facial ($p = 0,002$) em até cinco dias. Um estudo comparou o Pelargonium sidoides com amoxicilina, havendo favorecimento do extrato de Pelargonium sidoides 7630 para tosse e espirros, mas o mesmo não foi observado para rinorréia e gotejamento posterior ($p = 0,679$). Um estudo avaliou a melhora para sinusite aguda, sendo favorável ao EPS 7630 em relação à redução de sintomas em até vinte e um dias ($RR = 0,43$; $IC95\% 0,3 - 0,62$).

Discussão: Os estudos realizados no trabalho apresentam alta heterogeneidade e são de qualidade baixa a moderada, não permitindo, assim, o processamento em metanálise. A evidência de efetividade do Extrato de Pelargonium sidoides 7630 é limitada nesse momento, porém o tratamento pode ser promissor no manejo de infecções agudas do trato respiratório.

Conclusões: O EPs 7630 pode ser efetivo no tratamento de infecções agudas do trato respiratório superior. Podendo trazer, inclusive, benefícios quanto à redução de uso de antibióticos indiscriminadamente, por exemplo nos casos de sinusite aguda. Além de possível redução de duração de sintomas, trazendo melhora na qualidade de vida, dada incidência de infecções de trato superior no nosso meio e implicações na vida diária que trazem consigo. Entretanto, foi observada substancial heterogeneidade dos estudos clínicos realizados, o que nos infere a necessidade de realização de novos e mais completos estudos para melhor evidência e análise do tema.

Palavras-chave: pelargonium sidoides; infecções do trato respiratório superior; IVAS.

TCP1123 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE CISTO NASOLABIAL BILATERAL: RELATO DE CASO RARO**Autor principal:** MARINA SIMÕES FÁVARO**Coautores:** NATHALIA BASILE MARIOTTI, LAIS SIQUEIRA DE MAGALHAES, MARIANE ARAUJO GUERRA, BEATRIZ DIB GAIARIM, FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR, PRISCILA BOGAR**Instituição:** Faculdade de Medicina do ABC

Apresentação do caso: Neste relato, descreveremos o caso de uma paciente do sexo feminino de 50 anos atendida pelo serviço de Otorrinolaringologia de um hospital terciário da região do ABC – SP. A paciente queixava-se de abaulamento progressivo em região de face, principalmente em região maxilar direita, há 3 anos, além de obstrução nasal à esquerda datada da mesma época.

Ela referia, ainda, que a obstrução em fossa nasal esquerda se associava à rinorreia hialina, com um episódio de drenagem de secreção amarelada ipsilateral há 1 ano, após desconforto nasal. Apresentava à rinoscopia, conchas normotróficas e normocoradas bilateralmente; em fossa nasal direita, observado abaulamento liso, regular, recoberto por fina vascularização em assoalho de vestibulo nasal, sem extensão posterior, além de abaulamento em inserção de asa nasal direita. Não foi evidenciado abaulamento em vestibulo e aba nasal à esquerda.

A tomografia de seios paranasais apresentava como alterações: desvio do septo nasal à direita, abaulamento regular anterior ao seio maxilar direito em altura de assoalho (altura de abertura piriforme inferior lateral) mais proeminente à direita; presente também à esquerda, mas em menor proporção. A nasofibrosopia mostrou as mesmas alterações descritas na rinoscopia anterior, além de meatos médios e rinofaringe livres e desvio do septo nasal à direita.

Foi sugerida e consentida pela paciente a realização de exérese do cisto nasolabial bilateral em centro cirúrgico através da via de acesso *degloving*.

Discussão: O cisto nasolabial não-odontogênico é uma lesão rara e representa 0,7% de todos os cistos maxilo-faciais. Apenas 10% dos cistos nasolabiais se manifestam bilateralmente. (1) Seu surgimento é explicado através de duas teorias: o cisto se desenvolve a partir de resquícios do prolongamento do canal nasolacrimal, causando um abaulamento liso e compressível em assoalho de fossa nasal, que pode deslocar a concha inferior e provocar obstrução nasal ou o cisto origina-se das células epiteliais retidas ao longo da linha de fusão dos processos nasal lateral, nasal mediano e maxilar. (2,3) Habitualmente, localiza-se abaixo da mucosa, levando ao abaulamento de tecidos moles e deformação facial (elevação da asa nasal e apagamento do sulco nasolabial). (4) Raramente apresenta dor local, e a presença de dor pode ser explicada por crescimento rápido ou infecção associada. (1,5) Como tratamento é realizada exérese através de incisão sublabial com enucleação do cisto, podendo haver recorrência se não for realizada a remoção completa de sua cápsula, por ruptura do mesmo. (2)

Uma revisão sistemática de 311 casos foi realizada em janeiro de 2016, com base em casos relatados de 1955 a 2015, obtendo como características a média de idade de 41,8 anos, sendo mais prevalente no sexo feminino (3,6 : 1). Além disso, apresenta 46,9% dos casos com localização à esquerda; 37,5%, à direita e 10,9%, bilateralmente. Ainda, 70,9% dos pacientes tinham como manifestação clínica mais comum o abaulamento na área nasolabial; 17,3% queixavam de obstrução nasal e 3,1% com infecção do cisto. (6) Portanto, no caso descrito, é interessante que a paciente apresentou o cisto naso-labial bilateralmente, por si só uma característica incomum e, ainda, provável infecção no cisto à esquerda, manifestação clínica rara da condição.

Considerações Finais: Por fim, o cisto naso-labial é uma condição clínica rara na prática médica, mas apresenta sintomas diversos como queixa estética de diminuição do sulco naso-labial, obstrução nasal, e até mesmo infecção. Ainda, manifesta-se preferencialmente unilateral. Portanto, devido à diversidade de manifestações, uma boa investigação diagnóstica faz-se necessária para identificação e tratamento da patologia.

Palavras-chave: bilateral nasolabial cyst.

TCP1124 SINUSITE MAXILAR FÚNGICA BILATERAL - RELATO DE CASO

Autor principal: ANA LUIZA FARIA DIAS

Coautores: GILBERTO ULSON PIZARRO, MARIA ANGELA ZAMORA ARRUDA GREGOLIN, MARCELO ZUFFO PEREIRA BARRETTO, IGOR NASCIMENTO BATISTA, ANA BEATRIZ DE OLIVEIRA ASSIS, MARÍLIA ALVES ARAÚJO FERREIRA, FERNANDO PIRES DE ARAUJO

Instituição: Hospital Paulista de Otorrinolaringologia

Apresentação do caso: E.J.M.B., 50 anos, sexo feminino, do lar, apresentando congestão, prurido e secreção nasal esverdeada em grumos, gotejamento nasal posterior e tosse com início há cerca de 6 meses. Realizado ciclos completos de antibioticoterapia em momentos distintos com azitromicina, amoxicilina/clavulanato, levofloxacina e axetilcefuroxima, sempre com alívio parcial porém retorno dos sintomas após.

Solicitado tomografia de seios paranasais que evidenciou conteúdo de partes moles em seios maxilares bilateralmente, sem outras alterações. Após discutir com a paciente, optado por tratamento cirúrgico. Realizado, então, antrostomia maxilar bilateral com remoção de material acinzentado com formação de hifas em seio maxilar direito e material verde com pequenas esferas e secreção purulenta associada à esquerda. Após limpeza das cavidades e mucosas, realizado lavagem rigorosa com soro fisiológico e envio de materiais para anatomopatológico e cultura.

Paciente evoluiu bem em pós operatório, referindo apenas sensibilidade na parede inferior de seios maxilares. Evoluiu com melhora dos demais sintomas. Anatomopatológico e cultura evidenciando positividade para fungos, com crescimento de *Aspergillus fumigatus complexus* em material enviado.

Discussão: A rinossinusite fúngica se caracteriza como processo inflamatório crônico dos seios paranasais, geralmente unilateral, que não melhora com tratamentos convencionais. Classificada em não invasiva (alérgica/bola fúngica) e invasiva (aguda/crônica/granulomatosa).

Tem apresentado aumento na sua incidência, devido a maior número de diagnósticos realizados. Afeta geralmente pacientes com sistema imunológico comprometido, como diabéticos, usuários de corticoesteróides, etilistas, portadores de AIDS e pacientes em quimioterapia.

O tratamento da sinusite fúngica é sempre cirúrgico. E em grande número de casos comprovados, a cultura vem negativa.

Comentários finais: O caso relatado corrobora com o dado de que a sinusite fúngica tem apresentado aumento de sua incidência e nos chama atenção, uma vez que foge da Apresentação mais comum, ao atingir os seios bilateralmente.

Palavras-chave: sinusite fúngica; aspergillus.

TCP1125 EXÉRESE DE CÁLCULO EM DUCTO LACRIMAL POR VIA NASAL ENDOSCÓPICA: RELATO DE CASO

Autor principal: FERNANDO PIRES DE ARAUJO

Coautores: GILBERTO ULSON PIZARRO, MARÍLIA ALVES ARAÚJO FERREIRA, IGOR NASCIMENTO BATISTA, MARIA ANGELA ZAMORA ARRUDA GREGOLIN, RODRIGO DOS SANTOS NEVES, ANA LUIZA FARIA DIAS, MARCELO ZUFFO PEREIRA BARRETTO

Instituição: Hospital Paulista

Apresentação do caso:

NMLM, 70 anos, caucasiana, hipertensa, iniciou há 4 meses, queixas de lacrimejamento passivo por obstrução do canal lacrimal direito. Evoluiu com quadro de abaulamento e flutuação em região medial da órbita direita, associada a saída de secreção purulenta à expressão da via lacrimal baixa. Foi realizado dacriocistorrinostomia por via nasal endoscópica sob anestesia geral com remoção de dacriolito e cateterização do ducto lacrimal direito com sonda de Crawford. Apresentou melhora dos sintomas no pós-operatório com antibioticoterapia tópica e sistêmica. Após 3 meses, efetuou-se a retirada da sonda.

Discussão: As afecções de vias lacrimais baixas têm como consequência o prejuízo no fluxo de saída do sistema excretor lacrimal, gerando o lacrimejamento passivo ou epífora. A clínica provém de um quadro de estenose/obstrução ou drenagem funcional deficitária. A etiologia da estenose idiopática é desconhecida mas, predisposição familiar, variações anatômicas e infecções recorrentes tem sido descritas na literatura. Causas secundárias de obstrução do ducto lacrimal são: radioterapia, trauma, corpos estranhos, cirurgias prévias, neoplasias granulomatosas de Wegener, entre outras. Se a obstrução estiver localizada na via lacrimal alta (pontos ou canalículos lacrimais) manifesta-se apenas com lacrimejamento. Caso esteja abaixo do saco lacrimal, ocorre secreção além da epífora. A dacriocistorrinostomia via nasal endoscopia como procedimento cirúrgico de escolha, apresenta-se menos invasiva relacionada a mínima morbidade por preservação da bomba lacrimal e ausência de cicatriz externa. O que não acontece com a dacriocistorrinostomia externa, que possui uma boa visualização do leito operatório, mas possibilita a presença de cicatriz na face.

Comentários finais: A dacriocistorrinostomia endoscópica afasta a necessidade de uma incisão externa, e exclui a permanência de cicatriz na pele enquanto preserva a função das vias lacrimais baixas. Para mais, a via endonasal possibilita a correção de outras patologias nasais no mesmo ato cirúrgico e pode ser uma opção em abordagens relacionadas a sangramentos ou obstrução do óstio do ducto lacrimal no meato nasal inferior.

Referências Bibliográficas:

FLINT, P.W. et al. Cummings Otorrinolaringologia: Cirurgia de Cabeça e Pescoço: 6. ed. Elsevier, 2017.

TRATADO DE OTORRINOLARINGOLOGIA: 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

Palavras-chave: ducto lacrimal; dacriocistorrinostomia; dacriocistite.

TCP1126 INTERVENÇÕES PARA DISFUNÇÃO OLFATÓRIA ASSOCIADA A COVID-19

Autor principal: LUIZ RICARDO DE ANDRADE

Coautores: RAYANE MARTINS DE OLIVEIRA, GILBERTO PINTO JANSEN PEREIRA FILHO, LEODMILA MARÍLIA BAPTISTA OCTÁVIO, BRUNA ALMEIDA SILVA, JOÃO PAULO BISPO GONÇALVES, CLAUDIO LUIZ LAZZARINI, OSMAR CLAYTON PERSON

Instituição: Unisa Universidade Santo Amaro

Objetivos: Avaliar a efetividade das intervenções terapêuticas para disfunção olfatória associada a COVID-19.

Métodos: Trata-se de revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados (ECR). Procedeu-se à busca por estudos que associavam disfunção olfatória e COVID-19 em três bases eletrônicas de dados: Cochrane - CENTRAL (2022), PUBMED (1966-2022) e PORTAL BVS (1982-2022) e no metabuscador de evidências TRIPDATABASE (2022). Foi utilizado filtro para ECR. Dois pesquisadores extraíram os dados e avaliaram a qualidade dos estudos. O desfecho primário de análise envolveu a melhora clínica da hiposmia/anosmia.

Resultados: Foram encontradas 474 referências, sendo 233 no PUBMED, 153 na Cochrane, 68 no Portal BVS/LILACS e 20 no TRIPDATABASE. Depois de eliminadas as duplicidades e as referências não relacionadas ao escopo da análise, selecionaram-se os estudos de acordo com os critérios de inclusão, totalizando 2 ECR e 156 participantes. Ambos os estudos avaliaram o uso de corticóide tópico nasal versus com solução fisiológica isotônica, ou descongestionantes, ou nenhuma intervenção. Não houve diferença na melhora da hiposmia/anosmia entre o tratamento com corticoterapia tópica e descongestionantes/nenhum tratamento (RR 11,0; IC95% 0,70-173,66) e corticoterapia tópica e solução fisiológica isotônica (RR=0,88; IC95% 0,68-1,114; p=0,31).

Discussão: Embora seja doença de surgimento recente, a COVID-19 mostrou muitas facetas de sintomas relacionados à doença. As disfunções do olfato, sobretudo hiposmia e anosmia, estão entre os sintomas mais comuns. Entretanto, há carência de estudos de qualidade com intervenções em ensaios clínicos na busca de terapia eficaz. A maioria dos estudos corresponde a relatos e séries de casos, o que recruta a necessidade de desenvolvimento de estudos clínicos de qualidade.

Conclusões: Não há evidências até o momento de efetividade de intervenções terapêuticas para disfunções olfatórias associadas a COVID-19. Recomenda-se a realização de ensaios clínicos randomizados com critérios de descrição de Resultados seguindo a parametrização do CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) Statement.

Palavras-chave: disfunção olfatória; Covid-19; hiposmia/anosmia.

TCP1127 LEIOMIOMA VASCULAR NASAL: RELATO DE CASO**Autor principal:** DIEGO CARDOSO FILHO**Coautores:** LAILA MANCILHA DAGHASTANLI, ALEXANDRE WAKIL BURZICHELLI, JULIANA OZAWA RODRIGUES, NATALIA ZAMBON, RENATA JANEIRO MARQUES, MATEUS HENRIQUE NEVES BRACCO**Instituição:** Santa Casa de Santos

Apresentação do caso: D.C.M, 49 anos, Masculino. Procurou o ambulatório em novembro de 2021, por epistaxe à esquerda, iniciado no mês anterior. Ao exame: Rinoscopia apresentando desvio de septo sinuoso pior à esquerda, crostas hemáticas. Prescrito maxidrate e bactroban. Retorna em dezembro, com melhora do epistaxe, mas queixa-se de obstrução nasal e ronco. Solicitada tomografia de face que apresentou desvio de septo, esporão moderado à direita, hipertrofia de cornetos, cisto de retenção maxilar à direita. Prescrito corticoide nasal, anti-histamínico oral e lavagem nasal. Retorno em fevereiro com novo episódio de epistaxe vultuoso em narina esquerda. Sem melhora com maxidrate e bactroban. Ao exame: Rinoscopia com desvio de septo sinuoso, pior à esquerda, crostas hemáticas. Apresentava também abaulamento de bordos irregulares e friável, com edema importante ao redor da lesão em narina esquerda. Solicitada RM de face, que apresentou desvio sinuoso do septo nasal, leve espessamento mucoso no assoalho do seio maxilar direito, imagem nodular grosseiramente ovalada em cavidade nasal anterior esquerda, medindo cerca de 1,3 cm x 0,8 cm nos seus maiores diâmetros, com contornos parcialmente indefinidos. Realce intenso pelo agente paramagnético com obstrução do espaço aéreo nessa topografia. Realizada septoplastia + exérese de lesão em narina esquerda. Anatomopatológico: proliferação fusocelular em estroma de mucosa respiratória. Imunohistoquímica: leiomioma vascular. Apresentou novo epistaxe em junho, tendo ido ao pronto socorro. Passado tampão anterior, que foi retirado no consultório. Sem novos episódios de epistaxe.

Discussão: Leiomiomas da cavidade nasal são raros, sendo a incidência de leiomiomas em cabeça e pescoço menos de 1%. A raridade desse tumor é parcialmente atribuída a escassez de músculo liso na cavidade nasal fora das paredes dos vasos, sendo o seu o principal sítio o corneto inferior. A classificação histológica dos tumores pela OMS dividiu os leiomiomas em três grupos: leiomioma, angioleiomioma e leiomioma epitelióide. Podem surgir em tecidos superficiais ou profundos. As neoplasias parecem se desenvolver a partir do músculo liso dos vasos. Os leiomiomas vasculares constituem-se de feixes de células musculares lisas relativamente organizadas, entremeados por vasos de paredes espessas. As lesões superficiais consistem predominantemente de vasos com paredes espessas associados com tecido muscular proliferativo. As lesões mais profundas são tipicamente maiores, provavelmente devido ao atraso na detecção, e freqüentemente apresentam alterações histológicas variadas que não são vistas nos tipos superficiais, com aumento de celularidade e acúmulo de substância mixóide. Podem-se observar também fibrose, calcificações e reação de células gigantes. Na região da cabeça e pescoço esses tumores são mais frequentemente do tipo venoso. O diagnóstico diferencial inclui hemangioma, angiofibroma, fibromioma, leiomioblastoma, angiomiolipoma, leiomiossarcoma vascular. Há relatos de variantes malignas de tumores desta linhagem, porém eles são raros. A ausência de mitoses parece ser o melhor indicador de benignidade da lesão. Estes tumores crescem lentamente e podem persistir por um longo período. De acordo com a literatura, os sintomas mais comuns são: obstrução nasal, epistaxe, dor facial e cefaléia. Existe uma predominância no sexo feminino, três mulheres acometidas para cada homem, com média de idade ao redor dos 50 anos para as mulheres e 60 anos para os homens. Comparando os dados da literatura, observamos que a localização mais frequente do angioleiomioma na cavidade nasal foi no corneto inferior e queixa inicial costuma ser o sangramento nasal. O tratamento desses tumores é baseado na ressecção local, não havendo relatos de recidiva após excisão total.

Comentários finais: Os leiomiomas nasais apresentam clínica inespecífica devendo ser um diagnóstico diferencial a ser excluído, ainda que raro. Deve-se lançar mão da propedêutica necessária, com exame físico, exames de imagem e laboratoriais. E após o diagnóstico, primar pela excisão total da lesão visto que assim, sua recidiva é rara.

Palavras-chave: leiomioma nasal; epistaxe; neoplasias nasais benignas.

TCP1128 OSTEOMA DE SEIO FRONTAL EM PACIENTE JOVEM - UM RELATO DE CASO**Autor principal:** LARISSA MATOS SILVEIRA**Coautores:** CICERO MATSUYAMA, VINICIUS NOTÁRIO LIGERO, BRUNO RUBEZ QUADROS, RAMONA SALERI, LIS LAUAR GODINHO, LUCAS MIRANDA RIBEIRO DE PAULA, MONIK MIRMOWICZ**Instituição:** Cema

Apresentação do caso: Paciente RDM, 41 anos, sexo masculino. Deu entrada em nosso serviço em 2012 com quadro de cefaleia frontal, negando fonofobia, fotofobia e outros sintomas. Nega comorbidades. Realizado Tomografia dos Seios da Face (TCSF) em 16/08/12 que descreve formação arredondada, heterogênea predominantemente cálcica localizada no seios frontal à esquerda da linha média, medindo 2,5 x 2,0 cm. A conduta tomada foi acompanhamento clínico a cada 6 meses com exame radiológico anual.

Paciente RDM, retorna em 2014, com queixa de episódios recorrentes de cefaleia frontal e febre, com melhora após o uso de antibiótico. Sem rigidez de nuca, confusão mental, vômitos. Realizada nova TCSF no dia 22/02/2014 apresentando obliteração de seio frontal esquerdo por substância de baixa densidade, associada a processo expansivo com densidade óssea e obstrução a drenagem sinusal. Complexo ostiomeatal e recesso esfenotmoidal de aspecto conservado bilateralmente. Optado por ressecção cirúrgica de osteoma de seio frontal à esquerda, utilizando a técnica combinada (cirurgia endonasal + externa – incisão de Lynch).

Paciente perde seguimento por motivos pessoais em nosso serviço e retorna em 2020 com história de internação hospitalar em outro serviço devido cefaleia frontal e retro-ocular de forte intensidade, em que foi descartado meningite e outras causas centrais após tomografia de crânio sem contraste, orientado retornar seguimento com serviço de otorrinolaringologia. Solicitado nova TCSF em 30/07/20 que apresenta lesão expansiva calcificada, centrada nos seios frontais, estendendo-se anteriormente para partes moles da região frontal após rompimento anterior do seio frontal esquerdo, inferiormente ocupando células etmoidais anteriores e recesso frontais; superiormente e lateralmente fica restrito aos seios frontais. Remodelação da parede medial da órbita esquerda, com compressão de estruturas mediais da órbita, notadamente do músculo oblíquo superior, lesão medindo 6,0 x 4,6 x 3,7 cm. Novamente optado por procedimento cirúrgico DRAF III + técnica aberta com incisão em asa de gaivota.

Paciente em seguimento, nega queixas. Em última TCSF 01/02/21: concreções ósseas no interior dos seios frontais que se estendem à porção anterior do labirinto etmoidal bilateral, se observam extensão a porção medial da órbita esquerda. Descontinuidade da parede anterior dos seios frontais.

Discussão: Osteoma é a neoplasia benigna mais comum dos seios paranasais e nariz, sendo mais frequente no seio frontal. Trata-se de um tumor ósseo de crescimento lento que é geralmente um achado ocasional em exames de imagem. Sua incidência é maior nas terceira e quarta décadas de vida e apresenta discreta predominância no sexo masculino. A etiologia é controversa e não totalmente conhecida, admitindo-se teorias traumática, infecciosa, embrionária e genética.

Com relação ao quadro clínico, a maioria dos osteomas é assintomática e a Apresentação clínica depende da localização desses tumores. Os sintomas mais frequentes são cefaleia frontal ou dor facial, rinorreia mucopurulenta. Outros sintomas estão presentes quando o osteoma ultrapassa os limites do seio frontal ou etmoidal, levando a complicações orbitárias, como diplopia, proptose, ptose palpebral e amaurose fugaz.

O diagnóstico é realizado através de exame de imagem. A tomografia computadorizada é o padrão ouro, pois fornece informações precisas com relação ao tamanho e localização da lesão, auxiliando na programação cirúrgica.

O tratamento ainda é controverso, alguns autores defendem uma conduta expectante quando assintomáticos e tratamento cirúrgico quando sintomáticos.

As vias de acesso para o tratamento dependem da localização, da extensão e do tamanho dos osteomas. Para as lesões no seios frontal é preconizado a técnica osteoplástica do seio frontal, sendo desejável a remoção completa da lesão, sob risco de recidiva local.

Comentários finais: O conhecimento da Apresentação clínica juntamente com o achado de exame de imagem são fundamentais para realiza um diagnóstico assertivo, e, portanto para melhor decisão terapêutica, seja ela expectante ou mesmo cirúrgica.

Palavras-chave: osteoma; seio frontal; draf III.

TCP1129 REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA RINITE CRÔNICA ENTRE 2012 E 2022 NO BRASIL

Autor principal: CARLOS HENRIQUE LOPES MARTINS

Coautores: THAIS NATIVIDADE DOS REIS, LUCAS DA SILVA VINAGRE, ARILSON LIMA DA SILVA, RÔMULO EVANDRO BRITO DE LEÃO, MARILIA SANTA BRIGIDA SILVA JORGE, LEONARDO MENDES ACATAUASSU NUNES

Instituição: *Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic*

Objetivos: Determinar a quantidade de tratamentos cirúrgicos realizados para rinite crônica no Brasil entre junho de 2012 e junho de 2022.

Métodos: Estudo Ecológico de série temporal. Foram utilizados dados secundários sobre quantidade total de tratamentos cirúrgicos, restritos por região, unidade de federação e ano de processamento, provenientes do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) pelo Sistema de Informações Hospitalares.

Resultados: Foram identificados, no período estudado, a realização de 255 tratamentos cirúrgicos para rinite crônica a nível hospitalar no Brasil. Dessas, 132 (52%) aproximadamente foram feitas na região Sul e 93 (36%) na região Sudeste, citando-se 2021 e 2022 com maior número de efetivação, com 36 (14%) e 54 (21%) respectivamente, e 2012 com o menor número, apenas 6 (2%).

Discussão: Observa-se número crescente de realizações de tratamento cirúrgico para rinite crônica em todo o Brasil. Tal fato pode ser justificado pela oferta, acesso e utilização aumentada ao nível do Sistema Único de Saúde (SUS) no território nacional. Os feitos aumentados na região Sul e Sudeste exemplificam o acesso acrescido aos serviços de saúde nessas regiões, com limitações em regiões de menor nível econômico, como a norte, conforme a Demografia Médica no Brasil. Vale ressaltar a relação crescente da realização nos anos de 2021 e 2022, que retratam a retomada dos serviços médicos a partir do estado de calamidade pública ocasionado pela Pandemia COVID-19.

Conclusão: A realização do tratamento cirúrgico para rinite crônica no Brasil é crescente, apesar de diminuído. O Sul e o Sudeste são os maiores executores. A crescente dos feitos pode propiciar melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: rinite crônica; cirurgia; tratamento.

TCP1130 ADENOMA PLEOMÓRFICO NASAL: RELATO DE CASO

Autor principal: LEANDRO FERNANDES LEMOS

Coautores: RICARDO MARCIO MORAIS, RAFAEL AUGUSTO COSTA, LETÍCIA DE PAULA ERVILHA, BRENDA FERREIRA ROCHA, ANA LETÍCIA VIEIRA SANTOS, RODRIGO SPÓSITO ISSA

Instituição: Hospital Bom Samaritano

Apresentação do caso: M. L. R. S. S., feminino, 38 anos de idade, procurou o serviço do setor de Otorrinolaringologia do Hospital Bom Samaritano de Governador Valadares/MG com queixa de obstrução nasal unilateral à direita e crises de epistaxe intermitentes de pequena monta que cessavam espontaneamente sem necessidade de intervenção médica. Paciente informava que tais sintomas se iniciaram há aproximadamente 2 anos após um trauma facial.

A rinoscopia anterior, observou-se uma massa que ocupava totalmente o vestíbulo da fossa nasal direita, de cor vermelho pálida, aspecto liso com ectasias vasculares e pediculada em região septal. A tomografia computadorizada revelou uma massa ovalada com densidade de partes moles em cavidade nasal direita, anteriormente, com discreto realce por meio de contraste EV, mantendo contato com a margem anterior da concha nasal inferior direita e com a porção cartilaginosa do septo nasal. Excisamos o tumor completamente, via endoscópica nasal, com margem de segurança de mucosa livre. O pedículo desse encontrava-se implantado no septo nasal, próximo ao vestíbulo nasal direito. A análise histopatológica mostrou uma lesão não encapsulada, caracterizada pela proliferação de células epiteliais em arranjos cordonais, formando ductos com conteúdo eosinofílico e íntimos focos de atipias discretas/moderadas e, ainda, células mioepiteliais plasmocitóides formando massas com permeio de estroma fibromixóide sem sinais de malignidade. Os aspectos morfológicos, associados aos achados imuno-histoquímicos, foram compatíveis com o diagnóstico de adenoma pelomórfico. Não há evidência endoscópica de recorrência após 4 meses de acompanhamento.

Discussão: O adenoma pleomórfico é um tumor benigno, originando-se principalmente nas glândulas salivares maiores, principalmente na parótida e, menos frequentemente nas glândulas salivares menores. Sua manifestação intranasal é bastante rara. Corroborando com as características da nossa paciente o adenoma pleomórfico geralmente acomete mulheres entre a terceira e quinta décadas de vida. É caracterizado por ser um tumor de crescimento lento e, portanto, os sintomas clínicos aparecem após um longo período de silêncio. Não há uma correlação relatada com exposição ocupacional ou compostos químicos tóxicos inalados. Os pacientes cursam com piora progressiva da obstrução nasal monolateral e epistaxe ocasional.

Comentários finais: Mesmo sendo uma afecção rara o adenoma pleomórfico nasal tem um papel importante no diagnóstico diferencial de lesões nasais. Uma vez que é fator de preocupação tanto do paciente quanto do médico o crescimento de uma massa unilateral intranasal. O diagnóstico correto pode ser confirmado por estudos histopatológico e imuno-histoquímico. A cirurgia endoscópica nasal é uma opção. A recorrência e a evolução para malignidade não são frequentes, mas o acompanhamento a longo prazo é recomendado.

Palavras-chave: adenoma pleomórfico; cavidade nasal; tumor nasal.

TCP1131 NASOANGIOFIBROMA JUVENIL: A IMPORTÂNCIA DE SE INVESTIGAR EPISTAXE

Autor principal: MARIA PAULA ANDRADE RODRIGUES MACHADO

Coautores: BRUNO PESTANA GOMES, LEONARDO LOPES BALSALOBRE FILHO, GUSTAVO DUARTE NASCIMENTO, ANDRÉ ZANETTE DUTRA, MILENA GAVA FIM, FERNANDA GOMES RESENDE, LETÍCIA CARVALHO PINTO GUIMARÃES

Instituição: Instituto de Otorrinolaringologia de Minas Gerais

Apresentação do caso: Paciente A.G.M., 14 anos, sexo masculino, com queixa de obstrução nasal unilateral, epistaxe e secreção há três meses. Avaliado, inicialmente, como rinossinusite não responsiva ao tratamento e feito uso de múltiplos antibióticos. Compareceu ao plantão de urgência e emergência com quadro de sangramento nasal recidivante.

Realizado a videoendoscopia nasosinusal com identificação de uma massa que se projeta da porção posterior da parede nasal lateral direita em direção a luz da coana e cavum.

Na tomografia computadorizada dos seios da face ficou evidente a lesão de aspecto expansivo obliterando completamente a região posterior das fossas nasais, com predomínio à esquerda, provocando destruição óssea, obliteração e alargamento da fossa pterigopalatina deste lado, estendendo-se parcialmente para a fossa infratemporal adjacente.

Avaliado o diagnóstico de nasoangiofibroma juvenil e encaminhado para embolização, previamente, ao tratamento cirúrgico.

Discussão : Os tumores nasossinusais, em geral, manifestam-se habitualmente através de sintomas inespecíficos e comuns a inúmeras patologias inflamatórias, como obstrução nasal, epistaxe, dor facial e infecção local.

A pequena experiência e a falta de suspeita da afecção fazem com que sejam diagnosticados tardiamente, já em estágios avançados, prejudicando as possibilidades de um tratamento efetivo.

Tomamos como base o caso, que inicialmente foi tratado como sinusite persistente por vários meses, para demonstrar a importância da investigação precoce da obstrução nasal, principalmente se unilateral recorrente, do sangramento nasal recidivante, da dor facial e da secreção nasal persistente.

O nasoangiofibroma juvenil (NAJ) é um tumor vascular raro, benigno e localmente agressivo que representa 0,05 a 0,5% de todas as lesões de cabeça e pescoço. Acomete principalmente adolescentes e adultos jovens do sexo masculino (97%) que cursam com obstrução nasal e epistaxe. Trata-se de tumor com origem no forame esfenopalatino com invasão intracraniana associada em 10 a 20% dos casos. A investigação deve ser complementada por exames de imagem que contribuem para definição diagnóstica, delimitação da extensão do tumor, seu padrão de disseminação e o planejamento cirúrgico.

A ressecção endoscópica transnasal representa a principal escolha de tratamento, frequentemente precedida de embolização pré-operatória.

Comentários finais: O presente relato visa ressaltar a importância de não subestimar as queixas dos pacientes, avaliar diagnósticos diferenciais na ocasião da refratariedade terapêutica, bem como o relevante papel da videoendoscopia na clínica otorrinológica.

Palavras-chave: angiofibroma; epistaxe; adolescente.

TCP1132 PANORAMA DE INTERNAÇÕES POR INFECÇÕES AGUDAS DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, DE 2013 A 2021, NO BRASIL

Autor principal: IGOR MATHEUS ARAUJO DUARTE

Coautores: LAURO JOAO LOBO ALCANTARA, LETÍCIA OLIVEIRA DE MENEZES, MILENA SAYURI OTSUKI, ISABELA TAPIE GUERRA E SILVA, FRANCIELLE KARINA FABRIN DE CARLI, GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA, DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH

Instituição: Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná

Objetivo: Analisar de maneira quantitativa o número de internações em leitos hospitalares do Sistema Único de Saúde do Brasil referentes a tratamentos para infecções agudas das vias aéreas superiores (IVAS) entre os anos de 2013 a 2021.

Métodos: Estudo descritivo transversal com abordagem e análise quantitativas referente à ocupação dos leitos hospitalares do Sistema Único de Saúde para o tratamento de infecções das vias aéreas superiores no Brasil, durante os anos de 2013 a 2021. Os dados relativos às internações foram coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) TabWin através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e, posteriormente, foram tabulados no programa Excel 2013.

Resultado: No período analisado, foram realizadas 281.444 internações em leitos hospitalares do Sistema Único de Saúde para realização de tratamento de infecções das vias aéreas superiores no Brasil. A média total entre os anos foi de aproximadamente 31.271 internações e a mediana corresponde ao valor de 33.420. O ano que apresentou o maior número de internações para tratamento de IVAS foi 2013, com 41.355 registros e, tal valor, em relação ao número total, corresponde a 15%. De 2016 para 2017, houve pequeno aumento de 6%, representando 1956 internações, porém, nos demais anos, houve queda progressiva no número de internações para tratamento de IVAS. A redução mais significativa foi de 2019 para 2020, que contou com queda de 15.166 hospitalizações (46%). Entre os anos de 2020 e 2021, a redução foi de 117 casos de internação, correspondendo a pouco mais de 0,6%.

Discussão: Infecções agudas de vias aéreas superiores são causas frequentes de procura por atendimento médico. Apresentam diversas etiologias, desde virais, bacterianas e fúngicas e, a depender do histórico de saúde do paciente, podem progredir com complicações pulmonares que exigirão internação hospitalar. O diagnóstico é eminentemente clínico, baseado nos sinais e sintomas do paciente, porém o profissional de saúde pode lançar mão de exames de imagem como radiografia de tórax para afastar outras doenças. O tratamento leva em conta a história natural da doença e, em geral, é autolimitado. Quando necessário, deve-se prescrever antibioticoterapia e antivirais específicos. Durante o período analisado, houve queda progressiva no número de internações hospitalares para tratamento de IVAS, com redução maior de 2019 para 2020, sendo a principal hipótese a pandemia da COVID-19 que, além de ter imposto muitas restrições quanto a aglomeração de pessoas em ambientes fechados, fez com que a maior parte da população brasileira permanecesse em suas casas durante o período da quarentena e, conseqüentemente, houve menor circulação de vírus respiratórios entre as pessoas. No período de 2020 para 2021, em que houve melhora do quadro pandêmico e retomada das hospitalizações, por exemplo, para cirurgias de ressecção de lesão maligna de região de crânio e bucomaxilofacial, no caso das internações por IVAS, no mesmo período, houve redução. No entanto, com o retorno do convívio social e redução do uso das máscaras protetoras, espera-se aumento das hospitalizações para tratamento de IVAS em 2022.

Conclusão: Análises quantitativas são importantes para evidenciar, numericamente, o cenário de internações por doenças respiratórias no país. Apesar das restrições impostas pela pandemia da COVID-19, percebeu-se que já existia, nos outros anos, uma tendência de redução do número de internações por infecções agudas de vias aéreas superiores. Fatores como doença respiratória anterior e tabagismo contribuem para aumento das hospitalizações.

Palavras-chave: infecções respiratórias; Sistema Único de Saúde; COVID-19.

TCP1133 AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS OTORRINOLARINGOLÓGICOS DA COVID-19 EM CRIANÇAS

Autor principal: LEODMILA MARÍLIA BAPTISTA OCTÁVIO

Coautores: BEATRIZ GOMES DE CASTRO, GABRIELA GOUVEIA, REBECA SILVA REIS REDORAT, LUIZ RICARDO DE ANDRADE, LUIGI FERREIRA E SILVA, CLAUDIO LUIZ LAZZARINI, OSMAR CLAYTON PERSON

Instituição: *Unisa Universidade Santo Amaro*

Objetivo: Realizar levantamento sobre a prevalência dos sintomas otorrinolaringológicos da COVID-19 em crianças.

Métodos: Trata-se de revisão narrativa. Procedeu-se à busca na base eletrônica de dados PUBMED (1966-2022). Não houve limitação geográfica e de idioma na estratégia de busca. O processo foi realizado por dois autores chegaram a consenso sobre a inclusão com base na pirâmide de nível de evidências.

Resultados: Foi encontrado um total de 157 estudos. 33 foram incluídos. A maioria das crianças acometidas pela COVID-19 não apresenta sintomas (65%). Das sintomáticas, mais frequentemente ocorreram otalgia associada à otite média aguda (15%), rinorreia (7,3%), tosse (5,2%), anosmia (4,8%) e tosse (2,7%). Condições mais raras podem ocorrer, como sinais da doença de Kawasaki, odinofagia, tontura, ageusia, mastoidite, conjuntivite e rinossinusite.

Discussão: A COVID-19 mudou o cenário sócio-econômico mundial e a rotina das pessoas. O medo e a necessidade de proteção contra o vírus passaram a conviver com as pessoas. A elevada taxa de mortalidade no início da doença despertou o temor, independente da faixa etária. Embora seja doença nova, os estudos nos últimos 2 anos mostraram que o acometimento de crianças é frequente, mas o risco de complicações muito baixo. Não obstante, é necessário conhecer que a maioria das crianças infectadas é assintomática, mas pode transmitir o vírus. Do ponto de vista ORL, sintomas nas vias aéreas superiores são os mais evidentes e devem ser tratados como uma infecção viral sem necessidade de especificidades.

Conclusão: As evidências científicas aqui compiladas corroboram para risco baixo de complicações advindas da COVID-19 em crianças, sendo que a maioria é assintomática. Todavia, o cenário exige controle de cuidados preventivos à infecção, objetivando reduzir o contágio e disseminação do vírus, favorecendo maior risco de mutações e potencial de cepas mais agressivas.

Palavras-chave: pediatria; Covid-19; hiposmia/anosmia.

TCP1134 INTERVENÇÕES PARA EPISTAXE À LUZ DAS REVISÕES SISTEMÁTICAS COCHRANE

Autor principal: BRUNA ALMEIDA SILVA

Coautores: LUIZ RICARDO DE ANDRADE, GILBERTO PINTO JANSEN PEREIRA FILHO, RAYANE MARTINS DE OLIVEIRA, TAIS FERREIRA VILELA, BARBARA SOUZA LEÃO SANTIAGO, LUIGI FERREIRA E SILVA, OSMAR CLAYTON PERSON

Instituição: Unisa Universidade Santo Amaro

Objetivos: Avaliar a efetividade das intervenções para epistaxe, segundo as revisões sistemáticas realizadas pela Colaboração Cochrane.

Métodos: Trata-se de overview de revisões sistemáticas. Foram incluídas todas as revisões sistemáticas realizadas pela Colaboração Cochrane relativas às terapêuticas para epistaxe, independente de limite geográfico e temporal. Procedeu-se à busca na base de dados Cochrane Library (2022), utilizando-se a palavra-chave “epistaxis”. Os Resultados dos estudos foram compilados em tabela, analisando-se como desfecho primário a redução do sangramento. Foram avaliados os desfechos secundários: parâmetros hemodinâmicos, qualidade de vida e eventos adversos.

Resultados: Dois estudos foram incluídos e um total 35 ensaios clínicos randomizados (n= 3304 participantes) foram avaliados. O uso de ácido tranexâmico (oral e tópico) reduziu o risco de ressangramento de 67% para 47% (RR = 0,71; IC95% 0,56-0,90), nível moderado de evidência. O risco de necessidade de transfusão sanguínea reduziu 45% (RR=0,55; p<0,0001), para pacientes cirúrgicos (nível de evidência alto). O risco de ocorrência de eventos tromboembólicos foi incerto. Não foram avaliadas outras terapêuticas.

Discussão: A epistaxe sempre é traumática para pacientes e médicos e o controle de sangramento no menor tempo possível é fundamental para redução do risco de morbi-mortalidade. As revisões sistemáticas realizadas pela Cochrane tiveram abrangência apenas para análise de efetividade do ácido tranexâmico (redução de risco de 20%), cujos Resultados foram encorajadores, considerando o potencial de gravidade associado. Entretanto, muitas outras possibilidades terapêuticas surgiram nos últimos anos, inovadoras e também promissoras. É necessário que sejam avaliadas criteriosamente e com embasamento em evidências essas novas opções, que podem melhorar o rol de procedimentos possíveis e eficazes.

Conclusão: Há evidência moderada da ação do ácido tranexâmico na redução de risco de ressangramento em pacientes com epistaxe, bem como redução do risco de transfusão sanguínea, segundo as revisões sistemáticas realizadas pela Cochrane. Não foram avaliadas outras terapêuticas até o momento.

TCP1135 ANÁLISE DO CARÁTER DO ATENDIMENTO POR TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR

Autor principal: GABRIELA CALDASSO DE ÁVILA

Coautores: GIORGIA LABATUT

Instituição: Universidade Católica de Pelotas

Objetivo: Realizar uma análise do caráter do atendimento por tamponamento nasal anterior e/ou posterior no município de Porto Alegre nos últimos 10 anos.

Metodologia: Foram utilizados dados de produção ambulatorial, procedimento e caráter de atendimento por local por meio da Produção Ambulatorial (SIA/SUS), obtidos através das Informações de Saúde (TABNET) pela plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no período de maio de 2012 a maio de 2022. Foram aplicados os seguintes filtros: município de Porto Alegre, procedimento Tamponamento Nasal anterior e/ou posterior, caráter de atendimento eletivo, de urgência e ambos.

Resultados: No período de maio de 2012 a maio de 2022, no município de Porto Alegre, foram realizados 3.935 procedimentos de tamponamento nasal anterior e/ou posterior ao todo, somando os de caráter eletivo e de urgência. Em caráter eletivo, foram realizados 81 tamponamentos, enquanto que, em caráter de urgência, o número foi de 3.854.

Discussão: A epistaxe trata-se de uma condição incapacitante, seja ela de origem posterior, superior ou anterior, o sangramento nasal costuma prejudicar a funcionalidade do paciente, levando este a procurar serviços de urgência. O tamponamento nasal é um dos procedimentos indicados para contenção dos episódios de epistaxe. Pelos dados observados, pode-se perceber que se trata majoritariamente de uma urgência otorrinolaringológica, demonstrando ser pouco procurado o serviço de otorrinolaringologia em caráter eletivo para a realização de tamponamento nasal. Além disso, a aplicação correta do tamponamento nasal, seja anterior ou posterior, costuma amenizar os sintomas do quadro, sendo de extrema importância a orientação quanto ao tempo máximo de uso do tampão e da possível necessidade de antibioticoterapia e mesmo de intervenção cirúrgica em casos mais graves e recorrentes.

Conclusão: É essencial o acompanhamento do quadro de epistaxe com o médico Otorrinolaringologista, a fim de obter o diagnóstico correto e o tratamento adequado, além da orientação quanto ao manejo e tentativa de prevenção dos episódios. A importância do presente trabalho se dá no momento que ele mostra de maneira absoluta como ocorre a procura por serviço de otorrinolaringologia, majoritariamente em caráter de urgência quando se trata de epistaxe. A importância do mesmo se traduz quando são necessários mais estudos que possivelmente tornem essa queixa de maior realização eletiva. Dessa forma, será possível diminuir o número de procedimentos de tamponamento nasal em caráter de urgência, contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos pacientes. A limitação do presente estudo se mostra no fato de que os dados são retirados de uma plataforma secundária, onde pode haver um sub registro de informações, dessa forma sugere-se a realização de estudos longitudinais que avaliem de maneira mais concreta o tema.

Palavras-chave: epistaxe; tamponamento nasal; caráter do atendimento.

TCP1136 SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA D PARA RINITE ALÉRGICA

Autor principal: LUDMILA MELO DA SILVA CARDOSO

Coautores: LUIZ RICARDO DE ANDRADE, IARA MARTINEZ GONCALVES, JAQUELINE ALTOÉ, LEONARDO MARINHO PORTES, GILBERTO PINTO JANSEN PEREIRA FILHO, RAYANE MARTINS DE OLIVEIRA, CLAUDIO LUIZ LAZZARINI

Instituição: Unisa Universidade Santo Amaro

Objetivo: Avaliar a efetividade da suplementação de vitamina D para a prevenção e o tratamento da rinite alérgica.

Metodologia: Trata-se de sinopse baseada em evidências. Procedeu-se à busca por estudos que associavam a vitamina D à rinite alérgica em três bases eletrônicas de dados: Cochrane - Central de Registros de Ensaios Clínicos - CENTRAL (2022), PUBMED (1966-2022) e PORTAL BVS (1982-2022) e no metabuscador de evidências TRIPDATABASE (2022). Dois pesquisadores independentemente extraíram os dados e avaliaram a qualidade dos estudos para a síntese. Não houve limitação geográfica e temporal para a pesquisa. O desfecho primário de análise envolveu a redução de crises de rinite.

Resultados: A estratégia de busca recuperou um total de 125 referências, sendo 21 no PUBMED, 79 referências na Cochrane, 9 no Portal BVS/LILACS e 16 no TRIPDATABASE. Depois de eliminadas as duplicidades e as referências não relacionadas ao escopo dessa análise, foram selecionadas as evidências de melhor qualidade, priorizando-se a pirâmide de nível de evidências, o que totalizou a inclusão de 5 estudos (3 ensaios clínicos randomizados e 2 coortes).

Discussão: A prevalência das doenças alérgicas vem aumentando nos últimos anos e, conseqüentemente, o impacto na saúde pública deve ser considerado. A alimentação e a suplementação adequadas de vitaminas durante a gestação tem sido apontadas como essenciais para a redução de risco de ocorrência de doenças na infância, incluindo alergias, visto a alimentação materna durante a gravidez ser um potencial fator de risco modificável, podendo ser entendida como uma estratégia para prevenção de doenças, como a rinite. A suplementação de vitamina D é considerada na prevenção de muitas doenças, incluindo a rinite alérgica, cuja prevalência tem aumentado nos últimos anos, impactando a saúde pública. A literatura apresenta poucos estudos relacionando vitamina D e rinite alérgica. Esta revisão em síntese de evidências identificou três ensaios clínicos randomizados de pequeno porte e dois estudos coorte. Embora todos os ECR tenham identificável possível relação entre a suplementação de vitamina D e a melhora clínica dos sintomas de rinite, trata-se de estudos com elevada heterogeneidade e baixa amostragem. Quanto aos estudos coorte, com abrangência de identificação de possível efeito protetivo contra a manifestação ou redução do surgimento dos sintomas clínicos de rinite, nenhum pôde correlacionar esse vínculo. O nível atual de evidência é bastante limitado, sendo que nos cinco estudos identificados nas bases eletrônicas de dados e aqui incluídos, oscilou de nível III e V, de acordo com o escalonamento de Oxford.

Conclusões: Há poucos estudos clínicos na literatura no que tange a suplementação de vitamina D para tratamento e prevenção de rinite alérgica. Não há evidência atualmente que suporte a efetividade da suplementação de vitamina D para rinite alérgica. Embora haja alguns ensaios clínicos randomizados, trata-se de estudos heterogêneos e de baixa amostragem, sendo que, diante da evidência bastante limitada, sugere-se a realização de novos estudos primários de qualidade metodológica e padronizados quanto à descrição dos Resultados para maior robustez na busca de melhor evidência.

Palavras-chave: disfunção olfatória; rinite; vitamina D.

TCP1137

RINOSSINUSITE COMPLICADA COM COMPROMETIMENTO INTRACRANIANO E DESFECHO ADVERSO: RELATO DE CASO**Autor principal:** VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ**Coautores:** CAROLINA SARCINELLI SPINELLI, LAURA REGYNA TOFFOLI ROSO, LAURA KLEIN, LUCIANA PIMENTEL OPPERMANN, FERNANDO BARCELLOS DO AMARAL**Instituição:** Grupo Hospitalar Conceição

Apresentação do caso: J.J.N.C 11 anos, hígido, internado através da emergência de hospital terciário por quadro de proptose em olho esquerdo associado à cefaléia intensa. Paciente com quadro prévio de infecção de vias áreas superiores há 10 dias e já apresentava quadro de edema periorbitário há 6 dias antes da internação, em avaliação inicial no município de origem foi tratado como quadro alérgico e em avaliação por oftalmologista particular no mesmo município foi solicitado tomografia com presença de lesão expansiva em órbita esquerda. Frente o resultado foi orientado a buscar atendimento em hospital terciário. Ao exame físico no momento da internação apresentava-se em regular estado geral, febril, sonolento, choroso e com proptose importante em olho esquerdo com redução da motricidade ocular. Apresentava leucocitose (33 mil) com 22% de bastões e PCR de 333,31. Foi solicitada nova tomografia com contraste, na qual observou-se preenchimento por material com densidade líquida/mole em cavidades paranasais à esquerda e órbita esquerda com efeito expansivo, e coleção extra-axial junto a convexidade cerebral à esquerda com espessura de cerca 0,6 cm com distribuição compatível com empiema subdural cursando com desvio da linha média para direita. Após tomografia foi prescrito NaCl 3%, mantido em cabeceira elevada 30º e iniciado antibioticoterapia com vancomicina + cefepime + metronidazol. Em seguida ocorreu piora do quadro de hipertensão intracraniana e sepse, sendo prontamente manejado com intubação orotraqueal e noradrenalina. Na avaliação da neurocirurgia na emergência foi optado por trepanação de emergência à beira do leito para descompressão imediata por suspeita clínica de herniação cerebral. Após estabilização, paciente foi levado para bloco cirúrgico para craniotomia definitiva associada a drenagem do abscesso orbitário seguida de uncinectomia e antrostomia maxilar e etmoidectomia com saída abundante de secreção mucopurulenta. Em exame cultural da secreção coletada houve crescimento de *Staphylococcus aureus* sem resistência à antimicrobianos. No primeiro dia de pós operatório foi solicitada TC de crânio de controle com múltiplas áreas isquêmicas contemplando tálamos, tronco cerebral e cerebelo. Paciente evoluiu para quadro de morte encefálica no terceiro dia de pós-operatório.

Discussão: Complicações intracranianas das sinusites são originadas pela progressão e disseminação de embolia séptica por meio das veias da base do crânio que penetram a dura. São complicações raras que possuem incidência média de 3% dentro de todas as internações pediátricas por sinusite. Dentro desse grupo as coleções focais (abscessos e empiemas) são as complicações mais comuns. Abscessos epidurais apresentam maior prevalência em relação aos empiemas subdurais, tem evolução clínica arrastada e inespecífica e prognóstico favorável. Já o empiema subdural tem manifestação clínica aguda com início precoce de sintomas neurológicos devido à rápida elevação da pressão intracraniana. A taxa de mortalidade pelas complicações intracranianas é de 10 - 20% e ocorre por quadros subjacentes de sepse ou herniação transtentorial. O manejo adequado dos casos exige coordenação entre as equipes de otorrinolaringologia e neurocirurgia para garantir drenagem dos seios paranasais e craniotomia realizadas em mesmo momento anestésico em caráter de urgência, além de cobertura antimicrobiana adequada.

Comentários finais: Por meio do caso exposto destaca-se a importância de manter alta suspeição clínica para identificação de complicações intracranianas da rinossinusite, as quais podem se apresentar por quadros inespecíficos de cefaléia, febre e rebaixamento do sensório, visando assim garantir manejo adequado e precoce para reduzir ao máximo a mortalidade e morbidade associados ao quadro.

Palavras-chave: rinossinusite complicada; empiema subdural; herniação transtentorial.

TCP1138

TROMBOSE DO SEIO CAVERNOSO POR COMPLICAÇÃO DE RINOSSINUSITE EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO.**Autor principal:** VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ**Coautores:** CAROLINA SARCINELLI SPINELLI, LAURA REGYNA TOFFOLI ROSO, LAURA KLEIN, LUCIANA PIMENTEL OPPERMANN, FERNANDO BARCELLOS DO AMARAL**Instituição:** Grupo Hospitalar Conceição

Apresentação do caso: P.M.A.S, 13 anos, previamente hígido, internado através da emergência de hospital terciário por quadro de cefaleia frontal descrita como pulsátil, presente há 20 dias, associada ao início recente de edema periorbitário à direita. Paciente já havia passado por atendimento em pronto atendimento de seu município de origem pelo quadro de cefaleia e estava em uso de claritromicina pelo diagnóstico de pansinusite por meio de TC sem contraste externa. Ao exame físico no momento da internação encontrava-se afebril e apresentava rinorreia, edema periorbital à direita, sem hiperemia cutânea, com leve hiperemia da conjuntiva com mobilidade ocular intrínseca e extrínseca preservada, sem alteração em campo visual e ausência de déficits neurológicos focais. Apresentava leucograma com neutrofilia sem leucocitose e PCR de 260,43 mg/l. Foi solicitada nova tomografia de crânio com contraste e ressonância solicitadas no serviço, observou-se acúmulo de material das cavidades paranasais, aumento do calibre das veias oftálmicas superior e inferior sugestiva de tromboflebite à direita; ausência de realce e restrição à difusão de perimeio nos seios cavernosos, sobretudo à direita, por trombose; e presença de área de hipersinal em T2/FLAIR, por evento isquêmico recente em região nucleocapsular à direita, especialmente na topografia do núcleo caudado. Paciente foi submetido à sinusotomia e tratamento com antibioticoterapia endovenosa prolongada por 6 semanas com meropenem e linezolida, foi optado pela não realização de anticoagulação por se tratar de um caso de trombose bilateral e já existir presença de evento isquêmico. Paciente evoluiu com boa resposta clínica e endoscópica. Paciente atualmente em acompanhamento ambulatorial, com resolução das queixas e sem sequelas neurológicas.

Discussão: O seio cavernoso é um dos seios venosos da dura mater, é localizado na base do crânio superior e lateralmente ao seio esfenoidal, possui relação íntima com diversas estruturas como a artéria carótida interna; nervo abducente, oculomotor, troclear e ramos do trigêmeo. Trombose do seio cavernoso é um evento raro, estima-se uma incidência de 2 - 13 casos a cada milhão de pessoas por ano. Comumente são causados por quadros de trombose séptica por infecções em terço médio da face, sendo as sinusites de seio esfenoidal e, ou etmoidal responsável por mais de 50% dos quadros. Cefaléia é o sintoma mais prevalente que antecede por dias o edema periorbitário, em alguns casos podem estar presente queixa de diplopia por paralisia do oculomotor e abducente, além de alteração de estado mental representando gravidade e comprometimento meníngeo. Além de outras complicações como acidente vascular encefálico por estreitamento da carótida interna, hipertensão intracraniana e cegueira. Atualmente o tratamento consiste em antibioticoterapia de longa duração e drenagem cirúrgica dos seios acometidos em caráter de urgência, atualmente existe evidência do papel da anticoagulação estabelecida para casos unilaterais, podendo auxiliar na redução da morbidade pela redução de cegueira, acidente vascular encefálico e oftalmoplegia.

Comentários finais: Por meio do caso exposto destaca-se a importância de manter uma alta suspeição clínica para trombose de seio cavernoso como diagnóstico diferencial frente quadros de cefaléia associados à edema periorbitário, uma vez que sua identificação precoce auxilia a reduzir a mortalidade e principalmente a morbidade da doença por meio da instituição precoce de antibioticoterapia de cobertura e duração adequada, intervenções cirúrgicas e anticoagulação quando indicadas.

Palavras-chave: rinoossinustite complicada; seio cavernoso; anticoagulação.

TCP1139 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA RINOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DEFEITOS PÓS-TRAUMÁTICOS NO BRASIL

Autor principal: VICTÓRIA CENCI GUARIENTI

Coautores: DENISE BRAGA RIBAS, RAFAELA MABILE FERREIRA DOS SANTOS SOBREIRO, LETÍCIA OLIVEIRA DE MENEZES, CYBELLE ENTA DO PRADO, RUBIANNE LIGORIO DE LIMA, BYANCA HEKAVEI HUL

Instituição: Hospital Cruz Vermelha - PR

Objetivos: Analisar quantitativamente as rinoplastias para correção pós-traumática no Brasil no período de 2013 a 2021.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa dos últimos nove anos. Os dados foram coletados do sistema DATASUS-TabWin relativos às internações através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Resultados: No período de 2013 a 2021 foram realizadas 12.455 rinoplastias para correção de defeitos pós-traumáticos no Brasil. Em relação distribuição por ano, houve uma diminuição a cada ano de 2013 a 2016, de 1.811 para 1.390 cirurgias, respectivamente. Isso representa uma diminuição de 23,2 % na quantidade de rinoplastias pós-traumáticas. Posteriormente, é possível observar outra queda em 2019 a 2021, quando passaram de 1.524 para 766 cirurgias, o que representa uma diminuição de 49,7%, ou seja, aproximadamente metade.

Discussão: Diante dos Resultados, é possível levantar algumas hipóteses para a queda de 2013-2016. Uma delas é o avanço do código de trânsito nacional, visto que, ao analisar em paralelo com os fatores de causalidade dos traumas nasais, tem-se em primeiro lugar os acidentes automobilísticos, seguido pelas agressões, em terceiro lugar as quedas e, com menor frequência, ferimento por projétil de arma de fogo e práticas esportivas.

Já no período de 2020 e 2021, existe uma justificativa clara para a brusca queda no número de cirurgias, que foram decorrentes da pandemia COVID-19. Nesse período, além da redução de traumas e acidentes de trânsito, reflexo das regras de isolamento social, o principal motivo foi a contenção de gastos públicos e a reorganização na estruturação dos leitos para atender a demanda por doença respiratória bem como as necessidades do momento, visto que a grande maioria das rinoplastias pós-traumáticas são eletivas. Diante disso, houveram mudanças em protocolos médicos e hospitalares, suspensão de cronogramas e agendamentos de procedimentos cirúrgicos em todo país, no anseio de reduzir a demanda de serviços de saúde em face da pandemia. Tal fato salienta várias fraquezas do sistema público de saúde, forçando algumas mudanças em toda a holística de atendimento e promoção a saúde. Entretanto, logo com a baixa dos casos e redução do número de mortes, novas propostas de retomada gradual dos serviços de saúde precisaram ser elaborados, levando em conta o grande acúmulo a ser resolvido e o impacto que causou a muitos pacientes, uma vez que, passou por uma pausa diante a situação vivenciada.

Conclusão: Foi possível concluir que medidas sociais, sejam elas em âmbito de segurança pública ou mesmo relacionadas a calamidades como pandemias, interferem diretamente no número de procedimentos desta natureza realizados no nosso país visto que essas são feitas, na sua maioria, em caráter eletivo e diminuíram na sua totalidade entre os anos analisados (2013-2021). Vale ressaltar que o conhecimento da epidemiologia dessas cirurgias pode contribuir para a implantação de programas de mapeamento dos casos.

Palavras-chave: rinoplastia pós traumática; traumas faciais; epidemiologia.

TCP1140

FÍSTULA LIQUÓRICA APÓS SWAB NASOFARÍNGEO PARA DETECÇÃO DO VÍRUS SARS-COV-2: UM RELATO DE CASO.**Autor principal:** BRUNO CERON HARTMANN**Coautores:** DIEGO FERNANDO COSTA, IAN SELONKE, ANA LUIZA CAMARGO, RUBIANNE LIGORIO DE LIMA, VICTÓRIA CENCI GUARIENTI, MATHEUS ROBERTO SCHETZ ALVES**Instituição:** Hospital Cruz Vermelha - PR

Apresentação do caso: M.E, feminina, 56 anos, encaminhada ao serviço de neurologia de Umuarama- PR, com cefaléia e rinorréia em narina esquerda com aspecto de água de rocha, que piorava ao abaixar a cabeça, ou quando apresentava esforço físico. O quadro teve início logo após a realização de swab nasal para COVID-19, com resultado negativo. Ao exame físico, observou-se septo nasal com desvio não obstrutivo à esquerda, cornetos hipertróficos moderadamente bilateral, mucosa pálida e íntegra, sem alterações ao exame físico otológico e de cavidade oral. Na tomografia observava-se solução de continuidade óssea entre seio etmoidal esquerdo e lâmina cribiforme. Na ressonância magnética não se observava conteúdo encefálico extravasando para cavidade nasal. Ao coletar o material da rinorréia, observou-se o sinal do halo positivo em compressa branca. Após 3 meses de internamento com medidas paliativas pela equipe de neurologia, foi solicitado à equipe de otorrinolaringologia para realizar procedimento cirúrgico intranasal para correção da fístula.

Antes da abordagem cirúrgica foi injetado fluoresceína intratecal 10% em solução de 1ml/20ml de água destilada 10 minutos antes da cirurgia, mantendo a paciente em posição de trendelenburg reversa. Após, com auxílio de óptica Storz® 0 grau foi realizado septoplastia e turbinectomia de corneto médio para melhor visualização do teto nasal bem como etmoidectomia anterior e posterior à esquerda. Após 15 minutos da injeção, foi possível visualizar a falha no teto nasal, em região de lâmina cribiforme a esquerda, através da fluoresceína presente no líquido. Realizado ressecção de mucosa ao redor da fístula e posicionado dura-dry no local da fístula com posterior posicionamento de enxerto livre removido do assoalho nasal. Logo após, foi colocado cola de fibrina sobre o enxerto. Ao final do procedimento, foi posicionado esponja hemostática Gelfoam® sobre a cola, e realizado tampão nasal com Merocel® em fossa nasal à esquerda.

Logo no primeiro dia pós-operatório a paciente já não se queixava de cefaléia. Após 7 dias, foi removido o tampão de Merocel® sem ser visualizado sinal de rinorreia. Após um mês, a paciente retornou sem queixas de rinoliquorria. Optado pela realização de nasofibrosopia flexível evidenciando fechamento da fístula.

Discussão: Com o surgimento da pandemia de COVID-19, o teste RT-PCR foi implementado em grande escala. Inerente a sua realização, foram relatados alguns casos de fístula liquórica após swab nasal, a maioria deles contendo particularidades das condições de saúde dos pacientes avaliados, como encefalocele, hipertensão intracraniana, defeito ósseo na parede ínfero-lateral do seio esfenoidal entre outros. Entretanto, no caso relatado, a paciente não apresentava comorbidades e alterações anatômicas previamente, exceto leve desvio de septo a esquerda. No entanto, questiona-se se este pode ser um fator de risco predisponente a formação de fístula liquórica a realização do exame, visto não termos observado relatos prévios de fístula liquórica diretamente ligadas a existência de desvio de septo nasal discreto. Acredita-se que o principal fator de risco envolvido nesse caso possa ser a falha técnica do profissional executante.

Em relação a escolha da técnica, foi feita levando em consideração a segurança e os excelentes Resultados de pós-operatório. Além de ser menos invasiva do que as técnicas abertas, apresentam baixa morbidade e menor tempo de internação hospitalar.¹⁷ Vale ressaltar que a utilização de fluoresceína intratecal foi fundamental na condução do caso para detecção precisa da topografia da fístula.

Comentários finais: O teste RT-PCR para COVID-19 com swab nasal é um método eficaz e seguro para o diagnóstico quando realizado corretamente. Sendo assim, este caso destaca a necessidade de realização do exame com técnica e material adequado para que se possa diminuir a probabilidade de complicações graves como esta que relatamos. Ademais, quando presentes, a propedêutica adotada para esses casos deve estar de acordo com a sua importância, como o tratamento cirúrgico endonasal, optado por este estudo.

Palavras-chave: fístula liquórica; swab nasofaríngeo; fluoresceína intratecal.

TCP1141 SINUSITE ODONTOGÊNICA CAUSADA POR CISTO DENTÍGERO**Autor principal:** BRUNO RUBEZ QUADROS**Coautores:** CICERO MATSUYAMA, NATALY SANT'ANA DE MATOS, ANNINE SOARES DE SOUZA, LARISSA MATOS SILVEIRA, LIS LAUAR GODINHO, LUCAS MIRANDA RIBEIRO DE PAULA, GUILHERME G S LIMA**Instituição:** Hospital Cema

Relato De Caso: Paciente H.B.T de 23 anos, sexo feminino, com história de abaulamento de hemiface esquerda e obstrução nasal progressiva ipsilateral acompanhado de secreção nasal seropurulenta e eventuais episódios de sangramento nasal. Ao exame físico apresentava assimetria facial com abaulamento de região maxilar. Na rinoscopia obstrução importante de fossa nasal esquerda as custas de parede lateral. Ao exame de nasofibrosopia não houve progressão da fibra óptica devido a oclusão completa da cavidade nasal esquerda. Em tomografia dos seios da face realizado no dia 04/11/2021 foi evidenciada volumosa lesão expansiva cística contendo elemento dentário expandindo o antro maxilar esquerdo estendendo para fossa nasal e o espaço mastigatório deste lado, medindo cerca de 4,4 x 4,3 x 4,2 cm. Na ressonância magnética da face realizada no dia 08/11/2021 a lesão apresenta marcado predomínio de hipersinal nas ponderações em T2, localizada no processo alveolar da maxila esquerda, com leve realce periférico de contraste. Esta lesão apresentava conteúdo levemente heterogêneo com área de restrição a difusão, associando-se a elemento dentário, incluso molar.

Foi optado pela ressecção cirúrgica utilizando a técnica de maxilectomia esquerda por via endoscópica com preservação do ducto nasolacrimal, com remoção completa do cisto dentígero.

Paciente realizou seguimento regular com melhora total dos sintomas de obstrução nasal, epistaxes e ausência de deformidades faciais. Após 8 meses de pós operatório encontra-se em bom estado de saúde com o seio maxilar íntegro e livre de complicações.

Discussão: A sinusite odontogênica é uma inflamação crônica do seio da face de origem dentária e compreende cerca de 10 -12% das sinusites maxilares. A sinusite odontogênica pode surgir devido a cistos, infecções periapicais, fístula oroantral, granuloma e periodontite severa. Mais raramente pode ocorrer devido a um dente incluso no seio maxilar. As manifestações sintomáticas, quando presentes, podem manifestar com dor e/ou pressão facial unilateral, obstrução nasal, desconforto gengival e dentária. O tratamento deve ser baseado de acordo com a idade do paciente, tamanho da lesão, localização, proximidade de estruturas anatômicas e importância do dente envolvido. As técnicas cirúrgicas incluem a ressecção por cirurgia endonasal, descompressão, a marsupialização e a enucleação da lesão. Cada opção terapêutica apresenta vantagens e desvantagens quanto à indicação, idade e comorbidades associadas, cabendo ao médico otorrinolaringologista escolher a melhor opção para cada caso. A escolha pela técnica cirúrgica deve ser individualizada e baseada na anatomia do paciente, idade e análise dos limites da lesão através de exames de imagens.

Comentários Finais: Os cistos dentígeros são causas incomuns de sinusite odontogênicas, por isso o conhecimento da doença assim como a Apresentação clínica e exames de imagem são fundamentais para realizar o diagnóstico e decisão terapêutica, seja ela expectante ou mesmo cirúrgica

Palavras-chave: cisto dentígero; sinusite odontogênica; maxilectomia.

TCP1142

TRATAMENTO DE EPISTAXE NO ESTADO DE SÃO PAULO: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DOS ÚLTIMOS 5 ANOS**Autor principal:** JULIANA ALVES DIAS FERNANDES**Coautores:** FERNANDA FRANCO CARREGOSA, JOYCE RIOS BRAGA VILELA SILVA, MARIA FERNANDA BONOME CARDOSO, JOSE ANTONIO PINTO**Instituição:** *Núcleo de Otorrinolaringologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Medicina do Sono de São Paulo*

Objetivo: Esse estudo tem como objetivo realizar a análise dos dados epidemiológicos referentes ao tratamento de epistaxe por embolização (incluindo estudo angiográfico e/ou endoscópico) nos Estado de São Paulo - Brasil nos últimos 05 anos.

Métodos: Estudo epidemiológico descritivo com dados obtidos através do Sistema de Informações Hospitalares, conhecido pela sigla SIH do Departamento de Informática do Sistema Total de Saúde (DATASUS). Foram analisados os quadros de epistaxes e algumas variáveis que o envolve como as referentes a região de atendimento, relacionadas ao caráter de atendimento, a média de duração da internação hospitalar, ao ano de atendimento e aos óbitos. Essa análise foi realizada durante o período de junho de 2017 a junho de 2022, ou seja, por 05 anos.

Resultados: Foram notificados 308 casos de epistaxes tratados por embolização no Estado de São Paulo de junho de 2017 a junho de 2022. Quanto ao caráter de atendimento, 77,3% dos casos foram tratados eletivamente. A cidade de São Paulo abrangeu a maioria dos casos, totalizando 87,6% no período. O ano com maior número de epistaxes foi o de 2018 com 82 casos, enquanto em 2020 e 2021 houve uma queda acentuada, com média de 49,5 procedimentos ao ano. A média de permanência hospitalar foi de 2,8 dias com destaque para a cidade de Bauru com média de 7,8 dias de internação hospitalar. Em relação ao número de óbitos, foram notificados 2 óbitos no período.

Discussão: Epistaxe pode ser definida como qualquer sangramento proveniente da mucosa nasal, é a urgência otorrinolaringologia mais frequente, estima-se que cerca de 60% da população adulta já tenha apresentado pelo menos algum episódio de sangramento nasal. Na maioria das vezes, a hemorragia é auto limitada e controlada sem intervenção médica, apenas 6% necessitam de auxílio de especialista. Clinicamente, a epistaxe pode ser classificada dependendo da origem do sangramento em anterior ou posterior sendo mais de 90% dos casos, originários de sangramento da região anterior. Existem algumas formas terapêuticas para controlar a epistaxe sendo as principais a cauterização e o tamponamento nasal. Para as apresentações refratárias aos tratamentos conservadores, reserva-se o tratamento cirúrgico pela utilização do endoscópio nasal para a ligadura da artéria esfenopalatina ou através da embolização arterial quando os casos de sangramento nasal não respondem ao tratamento conservador e nem cirúrgico. A técnica de embolização arterial utiliza angiografia para identificar o local de sangramento, esse tratamento foi descrito pela primeira vez por Sokoloff et al em 1974 e tem sido cada vez mais utilizada como tratamento para epistaxes posteriores ou como tratamento complementar. Os casos de epistaxes são mais concentrados na cidade de São Paulo sendo preferencialmente abordadas em caráter eletivo, levando em consideração o alto grau de complexidade. Durante o período de 05 anos, notou-se redução importante das epistaxes nos anos de 2020 e 2021, possivelmente explicado pela pandemia do coronavírus SARS-CoV-2. A duração da internação hospitalar é curta, com rápida recuperação pós-operatória. Como qualquer procedimento, há risco de óbito porém, o índice é baixo em comparação com os números de casos com tratamento eficaz.

Conclusão: Tem-se que os casos de epistaxe com tratamento por embolização configuram um procedimento seguro com rápida recuperação pós operatória e baixo índice de óbito. A abordagem do sangramento nasal deve ser cuidadosa considerando as condições clínicas de cada paciente e o tipo de gravidade do sangramento. O sistema utilizado para obtenção de dados e informação em saúde foi o DATASUS, uma ferramenta de acesso gratuito e fácil. Apesar disso, os dados epidemiológicos fornecidos pelo sistema são insuficientes para traçar um perfil epidemiológico dos pacientes, sendo necessário estudos futuros para tal finalidade.

Palavras-chave: epistaxe; sao paulo; epidemiologia.

TCP1143

OBSTRUÇÃO NASAL COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE LINFOMA NÃO-HODGKIN LINFOCÍTICO DE PEQUENAS CÉLULAS B**Autor principal:** BRUNO LEÃO DOS SANTOS BARROS**Coautores:** ANTONIO ANTUNES MELO, RICARDO MARQUES COURA ARAGÃO, VLADEMIR LOURENÇO FALCÃO JUNIOR, GILVANDRO DE ASSIS ABRANTES LEITE FILHO, LUCAS MARINHO SIQUEIRA CAMPOS, MARIA EDUARDA DUARTE VASCONCELOS, JULIANA OLIVEIRA VIEIRA**Instituição:** Hospital das Clínicas da UFPE

Apresentação do caso: Paciente R.F.S, 47 anos, feminino, sem comorbidades conhecidas ou uso de medicações contínuas, com queixa de obstrução nasal bilateral, pior à direita, ao longo de um ano. Referiu episódio isolado e autolimitado de epistaxe durante o período. Negou sintomas irritativos nasais, história de cirurgias ou trauma de face, sangramentos prévios, uso de drogas ou manifestações sistêmicas associadas. Ao exame físico, presença de estenose importante de fossa nasal direita (FND) ao nível de valva nasal. Presença de linfonodos supraclavicular à direita e submandibular bilateral palpáveis, fibroelásticos e maiores que 1 centímetro. Nasofibrosopia evidenciou estreitamento nasal bilateral, predominantemente em vestibulo nasal, de aspecto infiltrativo e friável. Exames laboratoriais apresentavam aumento da leucometria (24.170 células/mm³) às custas de linfócitos típicos (83%), com presença de sombras nucleares de Gumprecht. Realizada biópsia nasal ambulatorial com laudo histopatológico sugestivo de Linfoma não-Hodgkin linfocítico de pequenas células B, corroborada por subsequente biópsia de medula óssea, difusamente infiltrada por lesão linfomatosa. Estudo por imagem (PET-CT) compatível com numerosos linfonodos nas cadeias cervicais mediastinais, ilíacas e inguinais, com hipermetabolismo discreto, associado a esplenomegalia. A paciente foi submetida a radioterapia para controle de sintomas locais, com melhora da obstrução nasal, e está em programação de início de quimioterapia - fludarabina, ciclofosfamida e rituximabe (FCR).

Discussão: Os linfomas são os tumores malignos não epiteliais mais comuns na região da cabeça e pescoço e subdividem-se em Linfomas Hodgkin (LH) e não-Hodgkin (LNH). Os LNH são responsáveis por 60% dos casos e são classificados em subtipos histológicos de acordo com suas células de origem: linfócitos do tipo B (mais frequente), T ou Natural Killer (NK). Cerca de um terço dos LNH possui acometimento extranodal, primário ou secundário, sendo a cavidade nasossinusal um sítio incomum. Os LNH correspondem a cerca de 11% dos cânceres dessa topografia. Segundo a literatura, o linfoma difuso de grandes células B nasal é o subtipo mais prevalente na população caucasiana, enquanto na Ásia e América do Sul os NK/T predominam. O caso relatado apresenta um subtipo ainda menos comum: o linfoma linfocítico de pequenas células B, e idade fora da faixa etária mais prevalente. Os sintomas B típicos estão ausentes em mais da metade dos casos e os achados são frequentemente inespecíficos, o que torna o diagnóstico mais difícil e tardio. Dentre as possíveis queixas, obstrução nasal, epistaxe, rinorreia, dor facial e rinosinusites de repetição podem estar presentes. A paciente relatada apresentava queixa principal de obstrução nasal, sem febre, perda ponderal, sudorese noturna ou qualquer outra manifestação sistêmica associada. O diagnóstico inclui o exame físico detalhado da cabeça e pescoço e estudo por imagem, além da confirmação histopatológica e imunofenotipagem. O tratamento pode incluir procedimentos cirúrgicos e clínicos, como quimioterapia e radioterapia localizada. O paciente foi submetido ao esquema quimioterápico FCR (em andamento) e sessões de radioterapia localizada, com melhora da obstrução nasal.

Comentários finais: Os linfomas são os tumores malignos não epiteliais mais comuns do nariz, devendo fazer parte do diagnóstico diferencial de massa tumoral dos seios paranasais. Propedêutica adequada e a busca para o diagnóstico definitivo são essenciais para o tratamento precoce e melhor prognóstico dos LNH.

Palavras-chave: linfoma não Hodgkin; obstrução nasal; linfoma de células B.

TCP1144

PANORAMA DAS CIRURGIAS PARA CORREÇÃO DE IMPERFURAÇÃO COANAL NOS ÚLTIMOS SETE ANOS, NO BRASIL**Autor principal:** ALINE FAYAD SANCHES**Coautores:** IAN SELONKE, VINICIUS RIBAS DE CARVALHO DUARTE FONSECA, LEILA ROBERTA CRISIGIOVANNI, RAFAELA MABILE FERREIRA DOS SANTOS SOBREIRO, LETÍCIA OLIVEIRA DE MENEZES, GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA, VICTÓRIA CENCI GUARIENTI**Instituição:** Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná**Objetivo:** Análise estatística dos procedimentos cirúrgicos para correção de imperfuração coanal pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o Brasil de 2015 a 2021, adicionalmente avaliando o impacto da pandemia da COVID-19.**Métodos:** Estudo descritivo transversal com base na abordagem quantitativa das internações pelo Sistema Único de Saúde para o tratamento cirúrgico de imperfuração coanal unilateral e bilateral no Brasil, de 2015 a 2021. Os registros relativos às internações foram coletados do sistema DATASUS-TabWin, através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Posteriormente os dados foram tabulados no programa Excel 2013 para registro e cálculo das porcentagens.**Resultado:** As internações pelo SUS para o tratamento cirúrgico de imperfuração coanal unilateral e bilateral no Brasil variaram do máximo de 54 em 2017 para o menor número de 37 em 2021. Em relação aos demais anos analisados, foram 53 em 2015, 41 em 2016, 39 em 2018, 50 em 2019, 44 em 2020 e 37 no ano de 2021.**Discussão:** A atresia congênita das coanas com consequente imperfuração coanal é rara, com incidência de 1: 5.000-8.000 nascimentos, predominante no sexo feminino, na proporção de 2: 1. Também se sabe que os defeitos unilaterais são mais comuns que os bilaterais, além da narina direita ser mais acometida que a esquerda. A imperfuração das coanas podem ir desde um quadro silencioso oligossintomático quando unilaterais, sendo diagnóstico diferencial para obstrução nasal unilateral nas mais diferentes faixas etárias, inclusive com diagnósticos na fase adulta, até um quadro dramático com insuficiência respiratória em recém-nascidos com imperfuração/atresia bilateral. Esse quadro mais grave se dá não só pela característica de imperfuração completa, impedindo a passagem de ar das narinas para as vias aéreas inferiores, mas pela incapacidade de coordenação para respiração oral em lactentes. Sendo assim, depara-se com crianças em franco desconforto respiratório, porém com alívio ao chorar, pois com isso abrem espaço para entrada de ar por via oral inconscientemente. Os procedimentos cirúrgicos para o tratamento de imperfuração coanal de 2015 a 2021 variaram em no máximo 17 casos ou 31%. No geral, não houve uma variação significativa nos demais anos, em números absolutos. O que nos chama a atenção é a tendência a queda progressiva nos dois anos analisados de pandemia de COVID-19, com o menor número de internações em 2021.**Conclusão:** O tratamento cirúrgico da imperfuração das coanas bilaterais é independente da pandemia e demais fatores externos, já que consiste em um procedimento cirúrgico que deve ser realizado com brevidade a fim de estabelecer a função respiratória do recém nascido. Entretanto, como estão reunidos os dados em unilaterais e bilaterais no SIH/SUS, provavelmente a redução se deu em procedimentos eletivos, como os casos unilaterais com diagnóstico ambulatorial após investigação de obstrução nasal unilateral. Se faz necessário acompanhar ao longo dos próximos anos para avaliar se seguirá esse impacto negativo do período pandêmico, ainda em curso.**Palavras-chave:** imperfuração coanal; Sistema Único de Saúde; COVID-19.

TCP1145 TUMOR MESENQUIMAL NASOSSINUSAL: UMA RARA CONDIÇÃO**Autor principal:** JOSE ELIAS DA SILVA MURAD**Coautores:** JADER REIS REBOUCAS FILHO, RHAYANE PATRICIA RODRIGUES DE OLIVEIRA, TAYANE OLIVEIRA PIRES, MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO, MAURÍCIO VILELA FREIRE, LARISSA FAVORETTO ALMEIDA**Instituição:** Hospital de Base do Distrito Federal

Apresentação do caso: Paciente masculino, 72 anos, tabagista inveterado e ex-etilista, encaminhado ao serviço de otorrinolaringologia devido a queixa de “massa” em fossa nasal direita com surgimento há 10 meses, em crescimento progressivo, evoluindo com obstrução nasal completa neste mesmo lado e epistaxe intermitente. No exame físico, não apresenta alterações à ectoscopia de face. À rinoscopia anterior, presença de lesão de superfície irregular, esbranquiçada, friável ao toque, ocupando toda a fossa nasal direita. Oroscopia, otoscopia e palpação cervical sem alterações. Em imagem de tomografia computadorizada de face, evidenciada lesão expansiva centrada em fossa nasal direita, rechaçando septo nasal para esquerda, se projetando para coana e ocupando toda a nasofaringe. Paciente foi então submetido a cirurgia endoscópica nasal para ressecção completa da massa tumoral. Estudo anatomopatológico de peça cirúrgica indicou neoplasia fusocelular com celularidade elevada, rica em vasos hemangiopericitoides, baixo índice mitótico, sem áreas de necrose evidentes. Epitélio de revestimento nasal preservado. Os achados são compatíveis com neoplasia mesenquimal de baixo grau, podendo estar entre os diagnósticos diferenciais o tumor fibroso solitário, glomangiopericitoma, sarcoma sinusal bifenotípico, dentre outros, a depender do resultado de imuno-histoquímica.

Discussão: Tumores mesenquimais da cavidade nasal e seios paranasais são em geral infrequentes. Dos tumores benignos, o nasoangiofibroma juvenil é o mais comum, acometendo uma faixa etária de 9 a 19 anos. Outros tumores apontados como diagnósticos diferenciais para o caso acima, como tumor fibroso solitário e glomangiopericitoma, são muito raros e em geral incidindo em faixa etária mais velha, próximo aos 50 anos de idade. Já entre tumores malignos de origem mesenquimal, o sarcoma sinusal bifenotípico é um representante desse grupo, sendo também um tumor bastante raro. Todos os subtipos de tumores com origem mesenquimal, malignos ou benignos, necessitam de análise imuno-histoquímica, visto que a estrutura e os achados histopatológicos são muito semelhantes, fazendo com que a diferenciação entre eles ocorra apenas a nível molecular. Como manifestação clínica, todos causam queixa de obstrução nasal unilateral progressiva com ocorrência de epistaxes recorrentes. O tratamento inicial impõe a exérese completa da massa tumoral.

Comentários finais: Apesar de raros, os tumores mesenquimais nasossinusais podem ocorrer em faixa etária mais velha. Assim como o nasoangiofibroma juvenil, necessitam de abordagem cirúrgica para ressecção da massa e posterior confirmação diagnóstica com avaliação anatomopatológica e imuno-histoquímica. Em virtude da baixa incidência, há pouco informação presente nas bases de dados científicas, havendo necessidade de realização de mais estudos para melhor conhecermos estes tumores.

Palavras-chave: tumor mesenquimal; cirurgia endoscópica nasal; rinologia.

TCP1146 CARCINOMA ESPINOCELULAR NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO

Autor principal: JOSE ELIAS DA SILVA MURAD

Coautores: JOÃO HENRIQUE ZANOTELLI DOS SANTOS, RHAYANE PATRICIA RODRIGUES DE OLIVEIRA, TAYANE OLIVEIRA PIRES, MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO, MAURÍCIO VILELA FREIRE, LARISSA FAVORETTO ALMEIDA

Instituição: Hospital de Base do Distrito Federal

Apresentação do caso: Paciente masculino, 68 anos, dá entrada no pronto-socorro de otorrinolaringologia com queixa de obstrução nasal associado a secreção espessa em fossa nasal direita há cerca de 3 meses, com piora progressiva. Há uma semana evoluiu com amaurose e dor facial intensa ipsilaterais. Apresenta como antecedentes patológicos câncer primário de próstata e de pulmão, tendo realizado prostatectomia, lobectomia e radioterapia como tratamentos há 10 anos. Ao exame de videoendoscopia nasal, visualizada lesão de superfície irregular recoberta por fibrina projetando-se aparentemente do meato médio para fossa nasal direita sem sangramento à manipulação. Tomografia de seios da face com contraste evidenciou lesão com dimensões de 6,2 X 6,0 X 5,4 cm (AP x LL x CC), infiltrativa, em seio maxilar direito, acometendo asa do esfenóide, fossa nasal direita, seios etmoidal e esfenoidal direitos e apresentando invasão de fossas média e anterior do crânio. Paciente foi submetido a biópsia de lesão por videoendoscopia nasal, com resultado anatomopatológico de carcinoma espinocelular. Foi encaminhado à equipe de oncologia para seguimento terapêutico.

Discussão: Carcinoma espinocelular nasossinusal é um tumor raro e corresponde a cerca de 5% dos cânceres de cabeça e pescoço. São mais frequentes no sexo masculino (2: 1) e surgem entre os 60 e 70 anos de vida, em média. Apresentam progressão rápida e elevada agressividade, fato agravado por manifestarem pouco ou nenhum sintoma em estágios iniciais da doença, acarretando em diagnóstico tardio. Por esse motivo e pela proximidade com estruturas anatômicas vitais, muitas vezes o tratamento cirúrgico radical curativo não é possível. Nestes casos, a radioterapia e quimioterapia são utilizados como tratamento de escolha para tumores irresssecáveis. Por todos esses pontos elencados, trata-se de um câncer com prognóstico reservado na maioria dos casos.

Comentários finais: O caso retratado é mais um de tantos outros cujo diagnóstico é realizado de forma tardia, mesmo o paciente buscando atendimento com apenas 3 meses de sintomas. Esse é um alerta para a agressividade dos tumores nasossinusais e seu desenvolvimento silencioso, devendo os médicos otorrinolaringologistas aventarem tal hipótese diagnóstica à menor suspeita em pacientes do sexo masculino na faixa etária de 60 a 70 anos, visando realizar o diagnóstico em estágio mais precoce da doença, para assim aumentar as possibilidades de tratamento curativo a estes pacientes.

Palavras-chave: carcinoma espinocelular; neoplasia; rinologia.

TCP1147 ADENOMA PLEOMÓRFICO NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO

Autor principal: JOSE ELIAS DA SILVA MURAD

Coautores: GUSTAVO BACHEGA PINHEIRO, RHAYANE PATRICIA RODRIGUES DE OLIVEIRA, TAYANE OLIVEIRA PIRES, MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO, MAURÍCIO VILELA FREIRE, LARISSA FAVORETTO ALMEIDA

Instituição: Hospital de Base do Distrito Federal

Apresentação do caso: Paciente feminina, 40 anos, com quadro de obstrução nasal à direita desde a infância, associado a frequentes episódios de epistaxe ipsilateral, além de espirros em salva. Apresenta enxaqueca e hipertensão arterial sistêmica em uso de indapamida, losartana e anlodipino. Negou tabagismo e etilismo. Ao exame físico, foi observada lesão nodular de superfície regular, séssil, com aproximadamente 0,5 cm de diâmetro em septo nasal anterior à direita, sem aspecto de sangramento recente. Realizada biópsia excisional da lesão sob anestesia local. Laudo anatomopatológico confirmou adenoma pleomórfico.

Discussão: O adenoma pleomórfico é a neoplasia benigna mais comum das glândulas salivares. Tem incidência maior no sexo feminino acometendo principalmente a faixa etária de 30 a 60 anos. Sua etiologia permanece incerta, apesar de alguns estudos associarem a ocorrência ao tabagismo e a algumas mutações genéticas hereditárias. Revisões de literatura citam outras topografias de ocorrência do tumor, como: palato, lábios, nasofaringe, conduto auditivo externo e lóbulo da orelha esquerda; sendo a ocorrência nasossinusal rara e pouco descrita. Neste último caso, a literatura aponta um risco de 6% para malignização, com piora no decorrer do tempo. Comumente os pacientes apresentam queixas de obstrução nasal, epistaxe, rinorreia e deformidades externas do nariz. O exame físico e a videoendoscopia nasal levantam a suspeita ao observar tumoração de aspecto regular e consistência endurecida, sendo o diagnóstico confirmado apenas após análise anatomopatológica. O tratamento inclui ressecção completa do tumor sem violação de sua cápsula a fim de evitar recidivas locais.

Comentários finais: Apesar de incomum, o adenoma pleomórfico nasossinusal deve ser considerado no hall de hipóteses diagnósticas frente a um quadro de lesão com consistência endurecida e bordos regulares, associado a sintomas de obstrução nasal, epistaxe e outros. Mesmo tendo comportamento benigno em sua grande maioria, um pequeno percentual pode evoluir com malignização ou mesmo um crescimento extenso da lesão, podendo dificultar sua completa ressecção e ainda acarretar em prejuízos estéticos e funcionais após tratamento cirúrgico. Sendo assim, é necessário que o médico otorrinolaringologista fique atento a essa possibilidade de diagnóstico visando a resolução do quadro em estágios iniciais.

Palavras-chave: adenoma pleomórfico; cavidade nasal; rinologia.

TCP1148

ESTAFILOCOCCIA POR MRSA COMO DIFERENCIAL DE RINOSSINUSITE FÚNGICA INVASIVA - UM RELATO DE CASO**Autor principal:** VICTOR IKKY KAWAHARA**Coautores:** MICHELE SANDER WESTPHALEN, MIRIÃ BOARETTO TEIXEIRA FERNANDES, RAÍSSA DE OLIVEIRA E ALBUQUERQUE, VANESSA MIHO TANI, ADILSON MACHADO GOMES JUNIOR, MARCELO ANTUNES DE SOUZA, FABIO DE REZENDE PINNA**Instituição:** HCFMUSP

Apresentação: Paciente JCR masculino, 53 anos e diabético sem seguimento, sem outras comorbidades, avaliado inicialmente em pronto-atendimento otorrinolaringológico e oftalmológico com queixa de 4 dias de febre não aferida, cefaleia frontal, edema periorbitário, obstrução nasal e rinorreia. Ao exame físico, alterações em rinoscopia com crostas em grande quantidade em ambas as fossas nasais, edema de mucosa e rinorreia espessa bilateral, além do edema periorbitário sem alterações de acuidade visual ou motricidade ocular extrínseca. Tomografia computadorizada de face e órbitas evidenciou celulite pré-septal bilateralmente, sem sinais de abscesso. Optado por encaminhamento ao serviço de origem com antibioticoterapia endovenosa (ceftriaxona e clindamicina) e reavaliação em 48h.

Retorna após esse período com rebaixamento de nível de consciência e piora de obstrução nasal e edema periorbitário. Constatada glicemia de 469 mg/dL e telescopia nasal com piora do edema, mucosa friável e crostas, enviadas para cultura. Realizada nova tomografia, ainda sem evidências de abscesso, porém com foco hiperatenuante de permeio em seios paranasais e afilamento de parede posterior de seios esfenoidais. Realizada coleta de hemocultura, escalonada antibioticoterapia e optado por abordagem cirúrgica com principal hipótese de rinossinusite fúngica invasiva. Aspecto intraoperatório foi de mucosa edemaciada e algumas áreas de palidez, com envio de fragmentos para cultura, pesquisa de fungo e anatomopatológico.

Devido a paciente pouco colaborativo aos cuidados pós-operatórios e persistência de suspeição para doença fúngica a despeito de pesquisa para fungos negativa até o momento, foi optado por reabordagem cirúrgica 13 dias depois. Encontrada mucosa com edema, sem palidez, sendo enviado novamente material para cultura, pesquisa de fungo e anatomopatológico. Durante internação, paciente apresentou hemocultura e cultura de material intraoperatório positivas para *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA), apresentando outras manifestações de estafilococcia: trombose do seio cavernoso, comprometimento pulmonar e piomiosite com abscesso em membro inferior esquerdo com drenagem. Todas as pesquisas de fungo vieram negativas e paciente recebeu alta hospitalar em bom estado após 30 dias recebendo linezolida e vancomicina, com seguimento ambulatorial.

Discussão: Rinossinusite fúngica invasiva aguda é uma condição que merece extrema cautela e rápido diagnóstico e tratamento, tendo em vista alta morbimortalidade, especialmente em indivíduos imunossuprimidos, incluindo diabéticos descompensados. Apesar de apresentar características clínicas, endoscópicas, tomográficas e intraoperatórias importantes, seu diagnóstico definitivo é pautado na histopatologia da amostra de tecido biopsiado ou debridado da lesão suspeita.

No caso relatado, embora essa fosse a principal hipótese inicial, pesquisas diretas e culturas para fungos foram negativas, com exclusão de tal suspeita.

Dentre os agentes bacterianos nos casos de rinossinusite aguda, *Staphylococcus aureus* apresenta prevalência menor do que outros agentes clássicos (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis*), mas está frequentemente associado a casos de complicações ósseas e trombose do seio cavernoso, sendo o agente mais comum nesses quadros.

O *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA) é resistente à maioria dos antibióticos betalactâmicos e vem aumentando sua prevalência em contexto de infecções comunitárias e hospitalares, sendo hipótese a ser considerada em falha de resposta a tratamento empírico inicial.

Comentários finais: Complicações de rinossinusites agudas devem ser sempre conduzidas com cautela, sobretudo em pacientes imunocomprometidos. Além de suspeição de acometimento fúngico invasivo, existem agentes bacterianos que apresentam alta patogenicidade. No caso de MRSA, podem estar associadas graves e diversas complicações, como as observadas no paciente. Hemocultura e cultura de secreção com antibiograma são passos fundamentais para guiar o tratamento, sem atrasar início de antibioticoterapia empírica.

Palavras-chave: estafilococcia; MRSA; rinossinusite fúngica invasiva.

TCP1149

O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NAS CIRURGIAS NASOSSINUSAIS PELO SUS NO BRASIL 2016 A 2021**Autor principal:** DAMARIS CAROLINE GALLI WEICH**Coautores:** RAFAELA MABILE FERREIRA DOS SANTOS SOBREIRO, LEILA ROBERTA CRISIGIOVANNI, ANA LUIZA CAMARGO, RUBIANNE LIGORIO DE LIMA, BYANCA HEKAVEI HUL, DENISE BRAGA RIBAS, JOÃO PEDRO ORTEGA FUZZETTI**Instituição:** Hospital da Cruz Vermelha Brasileira - Paraná

Objetivo: Realizar uma análise estatística dos principais procedimentos cirúrgicos nasossinusais funcionais pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o Brasil de 2016 a 2021, avaliando o impacto da pandemia de COVID 19 em tais procedimentos.

Métodos: Foi realizado um estudo descritivo transversal com base na abordagem quantitativa das internações pelo SUS para os principais procedimentos cirúrgicos da cavidade nasossinusal no Brasil entre 2016 a 2021. Os registros relativos às internações para cirurgias nasossinusais foram coletados do DATASUS-TabWin, através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) com a seleção dos seguintes: “Septoplastia reparadora não estética”, “Sinusotomia transmaxilar”, “Septoplastia para correção de desvio”, “Turbinectomia” e “Sinusotomia bilateral”. Os dados coletados foram tabulados no programa Excel 2013.

Resultados: Em relação a “Septoplastia reparadora não estética”, observou-se uma queda progressiva em seus registros de 2016 a 2019, com 622, 584, 547 e 537 procedimentos respectivamente; destaque para queda mais significativa em 2020 com 304 e uma pequena recuperação para 334 no ano de 2021. Os registros da “Sinusotomia transmaxilar” tiveram uma tendência positiva de 2016 até 2019, com 586 em 2016, 612 em 2017, 654 em 2018 e 676 em 2019. Contudo, a partir de 2019 notou-se novamente uma queda abrupta para 411 em 2020 e 484 em 2021. Considerando a “Septoplastia para correção de desvio”, nota-se uma queda iniciando em 2016 com 4549, 4463 em 2017 e 4448 em 2018, porém um aumento para 4967 no ano de 2019. Entretanto, houve queda significativa para 2349 registros em 2020 e um leve aumento para 2720 em 2021. Distintamente, constatou-se um aumento dos registros de “Turbinectomia” no período de 2016 até 2018 com 2018 internações em 2016, 2185 em 2017 e 2208 em 2018, porém uma queda para 2158 no ano de 2019, 901 em 2020 e de 996 em 2021. Na “Sinusotomia bilateral” notou-se um pequeno aumento de 1128 registros no ano de 2016 para 1215 em 2017, com uma queda para 1143 em 2018 e 1203 em 2019 e outra mais significativa para 620 em 2020 e 709 no ano de 2021.

Discussão: As cirurgias nasossinusais são essenciais dentro das comorbidades e acometimentos que tratam. A decisão por abordar quantitativamente os principais procedimentos cirúrgicos da cavidade nasossinusal de 2016 a 2021 não só nos dá uma noção do impacto durante a pandemia de COVID 19, mas mostra o cenário dessas cirurgias antes da pandemia. Nota-se que as septoplastias reparadoras não estéticas tiveram um decréscimo de 46,3% de 2016 para o ano de 2021, porém uma taxa maior ainda comparando o ano de 2016 até 2020 com 51,1%, no auge da pandemia de COVID-19. As sinusotomias transmaxilares tiveram queda de 17,4% para 2021 e de 29,8% no ano de 2020. Da mesma forma observou-se com as septoplastias para correção de desvio, com queda de 40,2% em 2021 e de mais de 48,3% para 2020 e para as turbinectomias com decréscimo de 50,6% em 2021 e de mais de 55,3% em 2020. Já as sinusotomias bilaterais apresentaram maior redução de registros de internação em 2020, com 45% do que em 2021 com 37,1%. É perceptível que a pandemia da COVID-19 impactou negativamente a realização de muitos procedimentos cirúrgicos. Uma hipótese é de que as quedas foram mais significativas em 2020 pelo brusco aumento dos casos da COVID-19 e, consequentemente, pela restrição das atividades hospitalares e à superlotação dos hospitais. Já em 2021, com o início da vacinação, houve retorno parcial às atividades, aumentando as taxas dos procedimentos em relação ao ano anterior.

Conclusão: É possível visualizar um impacto negativo decorrente da pandemia da COVID 19 em relação aos procedimentos cirúrgicos nasossinusais realizados em 2020, o primeiro ano de pandemia. Dessa forma é imprescindível a realização de uma análise a longo prazo para verificar o real impacto e o potencial de recuperação das cirurgias nasossinusais durante e após a pandemia.

Palavras-chave: cirurgias nasossinusais; estatística; pandemia.

TCP1150

EOSINOFILIA SÉRICA: UM IMPORTANTE MARCADOR PROGNÓSTICO NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA POLIPOSE NASAL.**Autor principal:** RAPHAEL DE SANTANA SPIRANDELLI**Coautores:** JOSE ARRUDA MENDES NETO, HUGO MACHADO SILVA NETO, MARIA FERNANDA CHAVES DANIELUK, DOMENICO SEABRA MODESTO, MARIANA MARQUES DA SILVA CASTRO, LARA FREIRE BEZERRIL SOARES, VITOR BITTAR PRADO**Instituição:** *Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira***Objetivo:** Avaliar relação da eosinofilia sérica com o resultado pós-operatório em paciente com rinossinusite crônica com pólipos nasais (RSCcPN).**Métodos:** Estudo retrospectivo com levantamento de prontuários de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico para RSCcPN em um serviço de rinologia dentro de um hospital terciário, tendo tempo mínimo de seguimento pós-operatório de 6 meses. As seguintes informações foram levantadas: sexo, idade, contagem de eosinofilia sérica (valor > 4,4%) pré-operatória, presença de asma, alergia ao ácido acetilsalicílico (AAS) ou anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e avaliação endoscópica pré e pós-operatória nasal pelo score de Lund-Kennedy. Foi considerado sucesso cirúrgico a avaliação endoscópica na última consulta pós-operatória não localizando pólipos ou os localizando restritos ao meato médio (Lund-Kennedy até 1). O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa, sob número 57143122.1.0000.546357143122.1.0000.5463.**Resultados:** Foram analisados 89 pacientes que possuíam prontuários completos com as informações sendo pesquisadas. Foram incluídos 52 pacientes do sexo masculino e 37 do sexo feminino. Não foi observada diferença estatisticamente significativa em relação ao sexo ou idade para o sucesso cirúrgico. A média de idade foi de 57 anos. Analisando os fatores prognósticos levantados em prontuário em relação ao sucesso cirúrgico, foram considerados fatores de pior prognóstico para a manutenção do sucesso cirúrgico presença de Asma ($p < 0,05$), intolerância a AAS/AINEs ($p < 0,05$) e eosinofilia sérica ($p < 0,05$).**Discussão:** A rinossinusite crônica (RSC) é uma condição de alta prevalência, fortemente impactante da qualidade de vida dos afetados e perigosamente onerosa aos sistemas de saúde. Inicialmente tratada clinicamente, sendo a cirurgia reservada aos casos refratários, a RSCcPN é alvo de grande parte do esforço acadêmico na rinologia atual. Existe a tentativa de melhor entender as diferentes vias de fisiopatologia da RSC para, assim, dividi-la em diferentes endotipos e, a partir destes, aplicar um método terapêutico baseado em medicina de precisão para cada caso.

A eosinofilia sérica é estudada como um biomarcador para o endotipo relacionado à inflamação tipo 2 – sendo o eosinófilo um produto do efeito de cascata deste tipo inflamatório. Dentre os endotipos estudados, existe uma tendência da consideração da inflamação tipo 2 como relacionado a uma resposta pobre à cirurgia, apresentando maior taxa de recorrência e prejuízo da qualidade de vida dos pacientes. A correlação entre a eosinofilia sérica e o desfecho cirúrgico pobre pode ser entendida como a aplicação do eosinófilo como indicativo deste endotipo.

Os achados durante a avaliação dos dados coletados de que a presença de asma ou a intolerância ao AAS ou a AINEs também correspondem a fatores de pior prognóstico para o resultado cirúrgico se apoiam na similaridade da fisiopatologia destas entidades com a RSCcPN do endotipo da inflamação tipo 2, sendo a asma e a doença respiratória exacerbada pela aspirina correspondentes da via aérea inferior ao mesmo processo que causa, na via aérea superior, a polipose nasal dentro deste grupo de pacientes.

Tendo o entendimento da busca pela medicina de precisão através dos endotipos para a RSC, é importante ressaltar que novas opções terapêuticas vêm sendo pesquisadas e já aplicadas, sendo extremamente promissor o uso de imunobiológicos que alvejam especificamente componentes da cascata da inflamação do tipo 2, inclusive em casos após múltiplos insucessos cirúrgicos de controle da doença, apesar de possuírem o custo elevado. Outra forma possível de aplicar esta mesma noção ao manejo da doença é o uso de irrigações nasais de alto volume contendo soluções de corticosteroides durante o acompanhamento pós-operatório destes pacientes.

Conclusão: A eosinofilia sérica já foi estudada como marcadora do endotipo da inflamação tipo 2 para RSCcPN, e a sua relação com um pior prognóstico pós-operatório corrobora que este é o grupo que deve ser acompanhado com mais cautela e com aplicação das medidas de medicina de precisão já disponíveis.**Palavras-chave:** sinusite; pólipos nasais; eosinofilia.

TCP1151 NECROSE NASAL ASSOCIADA A SEPSE DE FOCO URINÁRIO - UM RELATO DE CASO**Autor principal:** MICHELE SANDER WESTPHALEN**Coautores:** VICTOR IKKY KAWAHARA, RAÍSSA DE OLIVEIRA E ALBUQUERQUE, MIRIÃ BOARETTO TEIXEIRA FERNANDES, VANESSA MIHO TANI, ADILSON MACHADO GOMES JUNIOR, MARCELO ANTUNES DE SOUZA, FABIO DE REZENDE PINNA**Instituição:** HCFMUSP

Apresentação: Paciente feminina, 40 anos, deu entrada em Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo com quadro de 4 dias de evolução de púrpura em ponta nasal, associada a disúria, lombalgia direita, febre e calafrios. Evoluiu progressivamente com piora da lesão nasal, de aspecto necrótico. História patológica pregressa de nefrolitíase e implante dentário, sem outras comorbidades conhecidas. Negava uso de drogas ou histórico de trombose prévia. Ao exame otorrinolaringológico, apresentava lesão necrótica em dorso e em ponta nasal, predominantemente à esquerda, com hiperemia perilesional e discreto calor local. Submetida à telescopia nasal, sendo visualizada mucosa de aspecto enegrecido, necrótico, em conchas médias bilateralmente, além de septo nasal com mucosa pálida bilateralmente em áreas II, III e IV. Exames laboratoriais com leucocitose neutrofílica, plaquetopenia, linfopenia e provas inflamatórias elevadas. Urina 1 com leucocitúria. TC de seios paranasais sem alterações dignas de nota, exceto por implante dentário deslocado em arcada dentária superior. Submetida à TC de abdome devido aos sintomas urinários, sendo evidenciado cálculo renal à direita, hidronefrose e densificação de gordura perirrenal ipsilaterais. TC de tórax sem evidência de êmbolos sépticos pulmonares, ecocardiograma sem vegetações e sem evidência de endocardite. Paciente foi internada devido quadro de sepse de foco urinário, com pielonefrite complicada e lesões necróticas nasais a esclarecer. Optada por abordagem cirúrgica endonasal, sendo submetida a turbinectomia média parcial bilateral e remoção de mucosa septal desvitalizada bilateralmente. Paciente foi submetida a desbridamento de lesão necrótica externa em dorso e ponta nasal pela cirurgia plástica, sendo removida capa necrótica superficial e visualizada camada espessa de derme em bom aspecto em sua profundidade. Submetida a passagem de cateter duplo J à direita pela urologia. Paciente permaneceu internada por 16 dias, recebendo antibioticoterapia endovenosa para sepse de foco urinário. Anatomopatológico de material de sinusectomia evidenciou trombos de fibrina em vasos de pequeno calibre, com necrose e hemorragia associadas, sem infiltração de aspecto vasculítico, granulomas ou neoplasia. Culturas aeróbias e anaeróbias do material de sinusectomia negativas, com pesquisa de fungos e BAAR negativas. Hemoculturas e uroculturas também negativas. Paciente foi submetida a pesquisa de trombofilias, pesquisa de autoanticorpos e autoimunidade, sendo todos os Resultados negativos. Após Discussão em conjunto com Reumatologia e equipe de Dermatopatologia, paciente teve como hipótese diagnóstica final necrose nasal secundária a êmbolos sépticos por infecção de foco urinário.

Discussão: A vascularização nasal provém de ramos terminais das artérias carótidas interna e externa. Ramos da artéria facial, artéria esfenopalatina, artérias etmoidais anteriores e posteriores se anastomosam em diversos pontos da anatomia nasal, comunicando esses sistemas arteriais. A necrose nasal é mais comumente associada a vasculites, doenças autoimunes, uso de drogas inalatórias, neoplasias e rinossinusites fúngicas invasivas, sendo esta última a nossa hipótese inicial para este caso. Contudo, a rinossinusite fúngica invasiva e as demais hipóteses acima citadas foram descartadas após resultado do exame anatomopatológico, pesquisa de autoimunidades e de trombofilias. A boa evolução clínica após desbridamento cirúrgico nasal, manejo do foco renal e antibioticoterapia endovenosa corroboram a hipótese de infecção bacteriana com embolia séptica.

Comentários finais: Neste relato de caso, descrevemos quadro de necrose nasal associada a sepse de foco urinário. Destacamos que o acometimento nasal se deu de forma notavelmente simétrica, acometendo os sistemas arteriais de ambos os lados. Ainda que as culturas não tenham isolado o germe causador da infecção, deve-se considerar a possibilidade de embolia séptica secundária a infecção bacteriana dentre as causas de necrose nasal.

Palavras-chave: necrose nasal; sepse; infecção urinária.

TCP1152

LEISHMANIOSE MUCOSA: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE PERFURAÇÃO SEPTAL - RELATO DE CASO**Autor principal:** ALICE BOLLMANN DA COSTA MOREIRA**Coautores:** LEILA ROBERTA CRISIGIOVANNI, ISABELLA GIL, LUCAS KENJI SAKAI, ENZO MARTINS DE MARCH, JAMILE GARDIN DOS SANTOS, FABIO FERNANDES LABANCA, EDUARDO SUSS**Instituição:** Hospital Angelina Caron

Apresentação do caso: Paciente masculino, 60 anos, procurou o ambulatório de otorrinolaringologia do Hospital Angelina Caron devido a quadro de longa data de perfuração septal de longa data. O paciente apresentava quadro de obstrução nasal e rinorreia mucopurulenta. Apresentava histórico de trauma nasal previamente ao início dos sintomas e morava em área rural. Negou cirurgias nasais prévias ou uso de substâncias intranasais. O paciente já havia realizado 2 biopsias inconclusivas. A rinoscopia o paciente apresentava perfuração de toda porção anterior do septo nasal com áreas de aspecto granulomatoso e destruição de columela. Foi optado pela solicitação de exames para investigação de granulomatoses e realização de biópsia nasal com Resultados compatíveis com leishmaniose.

Discussão: A leishmaniose é uma doença parasitológica transmitida por mosquitos, podendo permanecer localizados na pele ou disseminar pela mucosa por via linfática ou hematogênica. O desenvolvimento de lesão mucosa da leishmaniose acontece em cerca de 3% dos pacientes após o aparecimento das lesões cutâneas, sendo que o local mais acometido é o septo cartilaginoso, causando sintomas como obstrução nasal, crostas nasais e epistaxe. O diagnóstico de leishmaniose pode ser realizado através dos achados clínicos-epidemiológicos associados a métodos laboratoriais, como microscopia óptica, cultura e dosagem de anticorpos. A leishmaniose é uma das principais causas infecciosas de perfuração septal, podendo ter como diagnóstico diferencial a hanseníase, granulomatose de Wegener e etiologias traumáticas. Este relato mostra a importância da pesquisa de causas infecciosas e inflamatórias em pacientes com perfurações septais com o objetivo de um diagnóstico e tratamento precoce.

Comentários finais: A distinção entre as etiologias de perfuração septal e de extrema importância para a avaliação e tratamento do paciente, visto que o atraso no diagnóstico pode trazer grandes consequências na qualidade de vida do paciente.

TCP1153

RINOSSINUSITE AGUDA COM COMPLICAÇÃO ORBITAL- RELATO DE CASO

Autor principal: ISABELLA GIL

Coautores: LEILA ROBERTA CRISIGIOVANNI, ALICE BOLLMANN DA COSTA MOREIRA, LUCAS KENJI SAKAI, ENZO MARTINS DE MARCH, EDUARDO SUSS, FABIO FERNANDES LABANCA, JAMILE GARDIN DOS SANTOS

Instituição: Hospital Angelina Caron

Apresentação do caso: N.M, masculino, 12 anos. Iniciou dia 21/07 com tosse, febre não aferida, rinorreia purulenta e cefaleia frontal. Realizou tratamento com medicações sintomáticas, porém sem alívio. Dia 31/07 iniciou com edema e dor em região orbital direita, quando resolveu procurar o serviço de otorrinolaringologia do hospital Angelina Caron. No exame físico paciente apresentava rinorreia purulenta, dor a palpação de seio maxilar D e do seio facial D, edema palpebral em olho direito associado a mobilidade ocular preservada, porém, dolorosa. Realizado TC seios de face na admissão que evidenciou sinais de celulite orbitária a direita, velamento de seios frontal à direita, seio maxilar a direita e das células etmoidais anteriores. Após a avaliação foi iniciado tratamento clínico com ceftriaxona e oxacilina além de planejado procedimento cirúrgico para o dia 01/08. Após 48 horas de tratamento clínico e cirúrgico o paciente apresentou melhora substancial dos sintomas e recebeu alta com antibióticos via oral.

Discussão: As rinossinusites agudas (RSA) podem ser descritas como inflamação da mucosa nasossinusal. O advento de diversos antibióticos eficazes contra as infecções nasossinusais, tem contribuído expressivamente para a redução da incidência de suas complicações. Se não diagnosticadas prontamente e adequadamente tratadas, tais complicações podem provocar alterações visuais irreversíveis, comprometimento ósseo, comprometimento neurológico importante e até a morte. Dentre essas complicações, as orbitárias são as mais frequentes, se apresentando como edema e eritema palpebral, dor local, podendo evoluir com proptose e restrição do movimento ocular. O diagnóstico é clínico associado a alterações em exames de imagem. O tratamento é realizado com antibioticoterapia, podendo se associar a abordagem cirúrgica.

Comentários finais: Na grande maioria das vezes a RSA evolui sem complicações. Porém sempre se deve atentar aos sinais e sintomas sugestivos de complicações. O caso demonstra que o tratamento das complicações pode ser um desafio e muitas vezes é necessário associar tratamento clínico com cirúrgico.

TCP1154

RELATO DE CASO: RINOSINUSITE ODONTOGÊNICA COM REMISSÃO DE SINTOMAS APÓS TRATAMENTO**Autor principal:** MARIA PAULA ANDRADE RODRIGUES MACHADO**Coautores:** FERNANDA GOMES RESENDE, GUSTAVO DUARTE NASCIMENTO, MATHEUS VICTOR RANGEL BARBOSA, PATRICIA ROSA NUNES, SOFIA PEREIRA TIRONI, SÉRGIO EDRIANE REZENDE, CHENG T-PING**Instituição:** Instituto de Otorrinolaringologia de Minas Gerais

Apresentação do caso: Paciente compareceu ao Instituto de Otorrinolaringologia de Minas gerais em maio de 2022 com queixa de mal-estar, dor facial à direita e secreção nasal purulenta e mal cheirosa há dois meses, iniciada após implantes para instalação de prótese dentária. Trata-se de paciente hipertensa, sem alergias. Realizado tratamento prévio com amoxicilina com clavulanato de potássio e clindamicina por 10 dias, além de moxifloxacino, com resposta parcial. Ao exame físico foi constatado presença de gotejamento posterior purulento.

Tomografia computadorizada de face identificou pansinusopatia com descontinuidade do assoalho maxilar direito.

Paciente foi submetida a sinusectomia maxilar bilateral por videoendoscopia, realizado com acesso pré-lacrimal ao seio maxilar direito para remoção de corpo estranho metálico (implante dentário). Durante ato cirúrgico observou-se mucosa maxilar direita friável e espessada, sendo removido um chumaço de algodão que bloqueava o óstio maxilar, cujo odor fétido impregnou a sala de cirurgia. Além da antrostomia maxilar, foram realizadas a etmoidectomia intranasal e as sinusectomias esfenoidal e frontal ipsilateral. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, com remissão completa da sintomatologia e do odor fétido.

Laudo anatomopatológico identificou cortes histológicos de fragmento de mucosa revestida por epitélio ciliado respiratório pseudoestratificado, com infiltrado inflamatório mononuclear na lâmina própria, rico em plasmócitos e com esporos eosinófilos

Discussão: Segundo o EPOS 2020, a sinusite odontogênica corresponde a cerca de 15% dos casos de RSA. As causas odontogênicas devem então ser considerada como diagnóstico diferencial para os casos de rinossinusite recorrentes. Atualmente essa patologia é classificada como rinossinusite crônica secundária localizada de endótipo do tipo doença local. Segundo Bomoeli e col. exames de imagem contribuem para a investigação diagnóstica, em que quanto maior a extensão da opacificação por secreção e espessamento da mucosa, maior a chance de se identificar uma fonte infecciosa dentária. Pacientes com rinossinusite crônica, em geral, devem ser orientados a respeito da necessidade de se manter um tratamento contínuo, já as de causa odontogênica apresentam perspectiva de cura completa.

Comentários finais: Pacientes com queixa de rinossinusite crônica devem ser investigados quanto as suas possíveis causas. Considerar as causas odontogênicas é fundamental para manejo desses pacientes, pois o seu tratamento permite a remissão completa dos sintomas.

Palavras-chave: sinusite odontogênica; dente; seio maxilar.

TCP1155 CORPO ESTRANHO ATÍPICO EM SEIO ESFENOIDAL: UM RELATO DE CASO

Autor principal: LARISSA CARVALHO SILVESTRE

Coautores: GUSTHAVO DE OLIVEIRA MARQUES, ANA PAULA MARQUES MACHADO, ANDERSON PATRICIO MELO, THATTYANNE CKRYSTTYANN AGUIAR SOUZA, JOSIELLEN ALMEIDA NASCIMENTO, LETÍCIA ANTUNES GUIMARÃES, LAISSON RONNAN SILVA DE MELO

Instituição: Hospital Universitario Clemente de Faria

Apresentação do caso: Paciente, N.G.A.S, 8 anos, comparece ao atendimento ambulatorial com imagem de radiografia realizada durante tratamento dentário, demonstrando corpo estranho metálico em cavidade nasal esquerda. Durante anamnese foi relatado que há 4 meses criança foi atingida acidentalmente no nariz com carabina de pressão, em brincadeira com outra criança. No evento, houve sangramento autolimitado e familiares não levaram paciente ao serviço de saúde, acreditando que projétil havia caído. No momento queixa apenas obstrução nasal intermitente e cacosmia. Nega rinorreia e rinossinusites recorrentes. Solicitada tomografia de seios da face, que demonstrou elemento metálico alojado junto ao seio esfenoidal esquerdo com fragmentos adjacentes ao septo nasal à esquerda. Fibronasendoscopia demonstrou apenas desvio em crista à esquerda e hipertrofia de cornetos inferiores, não sendo identificado corpo estranho. Paciente submetida a sinusotomia esfenoidal para remoção do corpo estranho, sem intercorrências.

Discussão: Corpos estranhos são motivo corriqueiro de atendimento na otorrinolaringologia, sendo comuns em cavidade nasal, ouvido e faringe. São raros os que se alojam no interior dos seios paranasais, e, dentre eles, 80% estão no seio maxilar. Enquanto o acometimento do seio maxilar está majoritariamente relacionado a procedimentos dentários, os de seio esfenoidal se relacionam a projéteis de baixa velocidade. A presença de corpo estranho em fossa nasal por período prolongado provoca resposta inflamatória local, com geração de sintomas como rinorreia unilateral, odor fétido nasal e obstrução nasal unilateral, a depender da localização, natureza do corpo estranho e tamanho.

Comentários finais: Buscas em bases científicas médicas apresentam poucos estudos robustos sobre esse assunto, se limitando a relatos ou séries de casos. O diagnóstico pode ser dado a partir de história compatível, exame clínico e exames de imagem. Casos com achado radiográfico incidental, sem sinais e sintomas clínicos evidentes são ainda mais raros e merecem destaque.

Palavras-chave: corpo estranho; seio esfenoidal; sinusotomia.

TCP1156 TUMOR NASOSSINUSAL E A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE: RELATO DE CASO

Autor principal: JESSICA ABREU DOS SANTOS

Coautores: RODRIGO DA SILVA SANTOS, ISADORA ROLLEMBERG CALDAS MENEZES, ANDERSON SANTOS DOS ANJOS

Instituição: Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS)

Apresentação do caso: Paciente AOM, sexo feminino, sem comorbidades, 39 anos compareceu ao ambulatório de otorrinolaringologia do Hospital Universitário de Sergipe (HU-SE) com queixa de obstrução nasal unilateral há 1 ano. Obstrução em fossa nasal esquerda há 1 ano com piora progressiva associada a secreção sanguinolenta e hiposmia. Negava outros sintomas nasais ou em demais sistemas. Ao exame de videonasolaringoscopia apresentava lesão ocluindo fossa nasal esquerda com superfície lisa e aspecto translúcido. Tomografia de seios da face de 6 meses antes da data de consulta demonstrava lesão com densidade de partes moles preenchendo seio maxilar esquerdo, alargando complexo óstio meatal e estendendo-se para fossa nasal esquerda e coana esquerda.

Discussão: Os tumores nasossinusais são patologias pouco frequentes na prática clínica. Aproximadamente 0,8% de todos os cânceres humanos localizam-se nessa região. Apesar de rara, a neoplasia nasossinusal manifesta-se geralmente através de sintomas inespecíficos e comuns a diversas patologias inflamatórias, tais como obstrução nasal e epistaxe entre outros. Dessa forma, o diagnóstico precoce é extremamente difícil, sendo importante para abordagem efetiva e resolução o quanto antes do caso. Diante desse caso, optou-se por realização de sinusectomia a esquerda para que fosse possível elucidação diagnóstica.

Comentários finais: Após sinusectomia, lesão foi enviada ao setor de patologia para biópsia. Laudo anatomopatológico: carcinoma pouco diferenciado com padrão sólido, com áreas de aspecto papilar e adenoide em mucosa da fossa nasal esquerda, sendo indicado realizar imunohistoquímica para classificação da neoplasia. Imunohistoquímica: carcinoma sinusal multifenotípico HPV-relacionado com áreas de diferenciação mioepitelial. Paciente encaminhada ao setor de oncologia para seguimento e tratamento oncológico.

Palavras-chave: Obstrução nasal; Neoplasias; Sinusectomia.

TCP1157 RELATO DE CASO: MUCORMICOSE RINOCEREBRAL EM UM PACIENTE COM CETOACIDOSE DIABÉTICA

Autor principal: ANNE LOUISE TORTATO DUARTE COSTA BARTH COSTAMILAN

Coautores: ARTHUR RICARDO CARMINATTI ORTINÃ, LETICIA LEAHY, LUANA CAROLINA FONTANA, LOUISE FERREIRA IUNKLAUS, ROGERIO HAMERSCHMIDT, BETTINA CARVALHO

Instituição: Hospital de Clínicas da Univerisadade Federal do Paraná

Apresentação do caso: Um homem de 19 anos de idade, com diabetes tipo 1 mal controlada, foi atendido em um hospital terciário devido a uma cetoacidose diabética grave. Foi constatado que o paciente tinha anisocoria, com pupila direita não foto reagente, paralisia facial periférica, evoluindo com perda progressiva da visão do olho direito. A Ressonância Magnética demonstrou múltiplos focos de infarto recente espalhados pelo cérebro, abscesso retrofaríngeo, associado a envolvimento inflamatório/infeccioso das estruturas ósseas adjacentes, nervo facial direito e envolvimento das artérias carótidas internas. A Angiotomografia evidenciou tromboflebite séptica dos seios cavernosos e a nasofibrosopia mostrou a presença de material necrótico com hifas na parede posterior da rinofaringe.

O paciente foi submetido a um desbridamento endoscópico e o material recolhido foi enviado para biopsia e culturas, cujos Resultados sugeriram mucormicose. O tratamento foi realizado por uma equipe multidisciplinar, envolvendo desbridamento e utilização de anfotericina B. O paciente segue em acompanhamento ambulatorial pela equipe de Otorrinolaringologia, sem previsão de alta.

Discussão: O objetivo deste artigo é relatar um caso raro de sobrevivência da mucormicose rinocerebral e descrever o tratamento e processo que levou ao diagnóstico desta doença rara com uma taxa de mortalidade muito elevada.

A mucormicose rinocerebral é uma infecção fúngica oportunista e é a forma mais comum de infecção mucosa entre doentes com diabetes mal compensada. Evolui de forma rápida e agressiva, causando uma doença fulminante e potencialmente fatal.

Comentários finais: A mucormicose é uma doença rara, difícil de diagnosticar, com elevada morbidade e mortalidade, tanto devido à capacidade patogênica do fungo como à gravidade das condições médicas gerais dos doentes afetados, invariavelmente com função imunitária enfraquecida. O diagnóstico é frequentemente tardio, e a doença tende a progredir rapidamente. Portanto, é muito importante manter um elevado índice de suspeita nas populações de risco, além de não atrasar o diagnóstico e o tratamento, como neste caso, o que contribuiu para o sucesso do tratamento.

A utilização de anfotericina B intravenosa, associada ao desbridamento cirúrgico de todo o tecido necrótico e à gestão multidisciplinar se tornaram necessários neste caso, possuindo importante potencial para melhorar o prognóstico da doença. Vale ressaltar que o desbridamento cirúrgico, quando indicado, deve ser encorajado.

Palavras-chave: mucormicose; infecção; desbridamento.

TCP1158 FRONT SINUS MUCOPYOCELE: A CASE REPORT

Autor principal: PAULO TINOCO

Coautores: MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO, ALFREDO VIEIRA BERNARDO, LOUISE MANCEN FREIRE, CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI, LUCAS NICO THOM

Instituição: *Hospital São José do Avaí*

Resumed Report: M.J.T.F., 60 years old, female. The patient sought the otorhinolaryngology service complaining of rhinorrhea, fever and left eyelid ptosis that had started for weeks, and a report of chronic frontal headache that started 2 years ago, with progressive worsening. She refers to having gone to other services before, but with no resolution. Facial sinus tomography was performed, with frontal sinus opacification bilaterally. Wide endoscopic marsupialization from the frontal sinus to the nasal cavity was performed, with the output of thick purulent content from the open sinus, and resolution of the condition.

Discussion: Mucocele of the paranasal sinuses is a benign, expansive lesion composed of mucous or purulent material, which may cause bone erosions. It occurs when there is obstruction in the sinus drainage, accumulating secretion. The clinical picture depends on the affected region, and may present with headache, nasal obstruction, ophthalmological alterations and meningitis. When it becomes infected, it is characterized as a mucopyocele, and may present with fever, erythema, orbital cellulitis, pain and sinusitis. The computed tomography of the sinuses is the exam of choice, for the diagnosis. To treat, wide endoscopic marsupialization from the sinus to the nasal cavity is indicated to drain the lesion, improving local ventilation.

Final Comments: In view of the impact of signs and symptoms on the patient's quality of life, the importance of early diagnosis and treatment of this disease is emphasized.

Palavras-chave: mucopyocele; expansive; endoscopic.

TCP1159 CORREÇÃO ENDOSCÓPICA DE FÍSTULA LIQUÓRICA: SÉRIE DE CASOS

Autor principal: LEONARDO ALBINO MEDEIROS

Coautores: LAURA CARMINATI, FABIO DURO ZANINI, RAFAEL LUIS BOEMO, BRUNO SABEL, PATRICIA RAUBER, HENRIQUE CARVALHO, PAULA NIKOLAY

Instituição: Hospital Governador Celso Ramos

Objetivos: Avaliar se os Resultados obtidos no tratamento de fístulas líquóricas com cirurgia endoscópica endonasal pelo serviço de Otorrinolaringologia de um hospital geral no sul do Brasil estão de acordo com a literatura nacional e internacional.

Métodos: Análise retrospectiva de prontuários de pacientes operados por via endoscópica entre março de 2020 e abril de 2021. 12 pacientes foram incluídos no estudo, sendo 6 homens e 6 mulheres.

Resultados: A causa mais comum de fístula em nossa série foi trauma, responsável por 8 casos (64%), seguido por iatrogênica, com 2 casos (16%) e por tumor e idiopática, com 1 caso (8%) cada. Foi utilizado fluoresceína intraoperatória em 9 casos (72%). As regiões mais afetadas foram: o seio esfenoidal, responsável por 6 casos (50%), seguido pela fóvea etmoidal com 4 casos (32%) e da lamela lateral da placa cribiforme, com 2 casos (16%). O reparo mais utilizado foi o retalho pediculado de Haddad (10). 2 pacientes (16%) utilizaram acetazolamida junto com dreno lombar no pós-operatório. Apenas um paciente (8%) utilizou o dreno lombar isolado. Um paciente teve meningite no pós-operatório. Todos os pacientes apresentaram resolução da fístula após cirurgia.

Conclusão: Em nossa série a principal causa de fístula foi trauma, provavelmente por se tratar de um hospital referência em neurotrauma. A fluoresceína é usada em nosso serviço nos casos de fístulas pequenas e de localização duvidosa. O retalho pediculado de Haddad tem boas taxas de resoluções das fístulas, sendo nossa opção de eleição nos casos posteriores e/ou fístulas maiores. Tivemos uma alta taxa de sucesso das correções das fístulas, que chegou a 100% quando associada ao uso de acetazolamida e/ou dreno lombar no pós-operatório. A abordagem endoscópica, associada ou não ao uso de dreno lombar e acetazolamida no pós-operatório, é uma opção eficaz na abordagem de fístulas líquóricas rinogênicas.

TCP1160

CASE REPORT: YELLOW NAIL SYNDROME ASSOCIATED WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS**Autor principal:** GUILHERME DE OLIVEIRA LUCIANI**Coautores:** ERIKA YUMI NAKAGAWA, ARTHUR RICARDO CARMINATTI ORTINÃ, DEBORA EMI SHIBUKAWA, GABRIELA ALVES MARRONI, PAULO EDUARDO PRZYSIEZNY, ROGERIO HAMERSCHMIDT**Instituição:** *Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná*

Case presentation: A 45-year-old female presenting with chronic rhinosinusitis without polyposis for more than 15 years, with two previous nasal endoscopic surgeries. Presenting with long-standing lung disease associated with bronchiectasis and recurrent pneumonia. She presented with further worsening of facial pain and cacosmia. She began to present dystrophic and yellowish nails in hands with a 5-month evolution, not characteristic of other pathologies. So far, no signs of lymphatic diseases, continuing investigation of other associated disorders.

Discussion: Yellow nail syndrome (YNS) is a very rare condition defined by a presence of two of the following: (1) yellow and dystrophic nails, (2) respiratory tract disease and (3) lymphedema. Chronic rhinosinusitis is frequently associated with the triad. This problem almost always occurs around age 50 and different conditions do not usually start at the same time. The etiology remains unknown, but it may be associated with other lymphatic, autoimmune or neoplastic diseases, for example. Treatment is supportive and directed towards patient's specific complaints.

Final comments: In the follow-up of patients with chronic rhinosinusitis with associated lung disease, we must be attentive to the emergence of other systemic alterations, such as nail disorders and lymphatic alterations, for better management and possible investigation of associated syndromes, such as Yellow Nail Syndrome.

Palavras-chave: sinusitis; nail diseases; lymphedema.

TCP1161 TUMOR OF THE PARANASAL SINUSES: A CASE REPORT

Autor principal: ALFREDO VIEIRA BERNARDO

Coautores: PAULO TINOCO, MARINA BANDOLI DE OLIVEIRA TINOCO, LOUISE MANCEN FREIRE, CECY DE FÁTIMA AMITI FABRI, BEATRIZ CARRARA

Instituição: *Hospital São José do Avaí*

Clinical case: C.F.S., 54 years old, male. The patient sought an otorhinolaryngology outpatient clinic, with a report of bilateral nasal obstruction, purulent and fetid rhinorrhea associated with frontal headache. On anterior rhinoscopy, a mass was observed completely obstructing the nasal cavity with fetid nasal secretion; on oroscopy, the presence of a vegetating lesion in the highly friable hard palate was observed. Facial sinus tomography showing an extensive mass in the bilateral nasal cavity, already with involvement and extension to the paranasal sinuses. A biopsy of the lesion in the oral and nasal cavity was performed, with a diagnosis of Squamous Cell Carcinoma. Patient referred to oncology.

Discussion: Nasosinusal carcinomas are uncommon malignant lesions, representing about 0.2% of all cancer cases. In their early stages, these tumors usually produce symptoms similar to those caused by inflammatory sinonasal disease: nasal obstruction, epistaxis, headache, facial pain, and rhinorrhea. The lack of more significant symptoms is also relatively common, which causes delays in diagnosis and tumor progression to more advanced stages. An optimal treatment route has not yet been defined, however, surgery followed by radiotherapy or chemoradiotherapy has been the option for most patients with advanced local disease.

Final Comments: Because it is an aggressive tumor, early diagnosis and treatment are essential in order to ensure a better prognosis and quality of life for the patient.

Palavras-chave: tumor; carcinoma; malignant.

TCP1162 FRAGMENTO DE HASTE FLEXÍVEL NO SACO LACRIMAL: RELATO DE CASO

Autor principal: ISABELLA GIL

Coautores: JÉSSICA BITTENCOURT LISBOA, PAULO EDUARDO PRZYSIEZNY

Instituição: Hospital Angelina Caron

Apresentação do caso: Paciente de 9 anos, procedente de Curitiba/PR, chegou ao serviço de otorrinolaringologia em 2014 com queixa de epífora bilateral associada a dacriocistites de repetição. Referia que o quadro era mais incidente em olho direito. O teste de fluoresceína apontava refluxo pelo ponto lacrimal inferior e um aumento do menisco lacrimal à direita. Em 2015 a paciente foi submetida à cirurgia de dacriocistorrinostomia (DCR) endoscópica endonasal do olho direito, sob anestesia geral, sem intercorrências. Foi utilizado dreno (catéter de silicone) que foi passado pelos dois orifícios dos canaliculos lacrimais superior e inferior, adentrando a fossa nasal. As duas extremidades do dreno foram unidas na fossa nasal com um pedaço de uma haste plástica flexível para limpeza auricular (Cotonete®). Após 6 meses da cirurgia, o dreno foi removido em ambiente otorrinolaringológico ambulatorial, sem intercorrências. A paciente cursou com melhora dos episódios de dacriocistite por cerca de 14 meses, retornando ao ambulatório em julho de 2016 com queixas de epífora e dacriocistites no lado operado. Foi orientado tratamento conservador com uso de Ciloxam®, porém a paciente retornou com manutenção da queixa. A mesma foi encaminhada para realização de dacriocintilografia comprovando-se estase da lágrima ao nível do lago lacrimal, sem progressão para o saco lacrimal, mesmo após manobras de aspiração e massagem no canto interno. Foi realizada tomografia computadorizada para avaliar a anatomia da região, comprovando aumento das dimensões do saco lacrimal e dilatação do ducto nasolacrimal direito. Posteriormente foi orientada nova DCR endoscópica nasal, realizada em 2017, no lado já operado. Durante a cirurgia, observou-se um corpo estranho dentro do saco lacrimal direito, que foi removido. O corpo estranho foi analisado e descrito como “material tubular plástico de pequenas dimensões”. Era, provavelmente, o pedaço de Cotonete® que foi utilizado para unir as extremidades do dreno na cirurgia prévia. Procedeu-se à cirurgia sem intercorrências e sem a colocação de dreno. A paciente retornou ao ambulatório após o procedimento, sem queixas.

Discussão: A inflamação do saco lacrimal é resultado da estase da lágrima, devido à uma obstrução do ducto nasolacrimal, propiciando o quadro de proliferação bacteriana. Pela etiopatogenia os agentes microbiológicos são principalmente aqueles que acometem as vias aéreas superiores e seios paranasais, sendo *S. aureus*, *S. pneumoniae* e *H. influenzae* os mais frequentes. A incidência da dacriocistite aguda é mais frequente nas mulheres, relativamente rara em negros e apresenta predisposição hereditária, aumentando a incidência a partir da 6ª década de vida. A incidência da dacriocistite crônica é de 2% a 3% em relação aos outros tipos de obstrução da via lacrimal de drenagem, podendo ser congênita em 2% a 6% dos casos ou adquirida. A causa dessa obstrução pode ser primária ou secundária. A causa primária refere-se à etiologia idiopática, enquanto que a causa secundária é devido à sinusite, trauma naso-orbital, doenças sistêmicas, neoplasia ou secundária à obstrução congênita não curada. Em geral, a frequência de dacriocistite crônica na população é de 1: 50.000 pessoas. O tratamento com antibióticos tópicos é suficiente em quadros agudos, podendo também fazer uso de antibioticoterapia sistêmica via oral. Porém em quadros crônicos a dacriocistorrinostomia é o procedimento cirúrgico padrão e possui altas taxas de sucesso. Neste caso pode-se observar que as dacriocistites de repetição após o primeiro procedimento cirúrgico foram decorrentes da presença do corpo estranho absorvido dentro do saco lacrimal após a cirurgia.

Comentários finais: A presença de corpo estranho por longos períodos no sistema de drenagem lacrimal pode ter Apresentação clínica de estase lacrimal e/ou dacriocistites de repetição. A avaliação clínica e complementar com exames de imagem auxilia a formulação de um diagnóstico preciso e conduta terapêutica para uma intervenção resolutive. O acompanhamento pós-cirúrgico de pacientes torna-se fundamental para a avaliação de complicações.

Palavras-chave: dacriocistite.

Autor principal: MARIA VICTORIA BASTOS TAVARES

Coautores: MARIA DANTAS COSTA LIMA GODOY, GABRIEL DE SOUZA MARES

Instituição: Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

Objetivos: Avaliar a efetividade do treinamento olfatório associado ou não ao uso de corticoides para tratamento das alterações de olfato causadas pelo COVID-19.

Métodos: Trata-se de um ensaio clínico não randomizado. Foram incluídos pacientes com alteração de olfato após COVID-19. Foram excluídos pacientes com alterações de olfato prévias; sem hiposmia nos testes olfatórios; sem diagnóstico confirmado de COVID-19; menores de 18 ou maiores de 70 anos; ou que não assinaram o TCLE.

Após história clínica, nasoendoscopia flexível e assinatura do TCLE, foram realizados: questionário do impacto na qualidade de vida (The Questionnaire of Olfactory Disorders-Negative Statements QOD-NS); a Escala Visual Analógica (EVA) quanto à intensidade da disosmia; o Alcohol Sniff Test e o teste de olfato de Connecticut.

Os pacientes foram divididos em dois grupos. O grupo caso, sem comorbidades, foi tratado com prednisona 40 mg/dia via oral por 7 dias, além de treinamento olfatório clássico, com a instilação nasal de 4 fragrâncias (fenil-etil-álcool, eucaliptol, citrônol e eugenol) por 10 segundos cada, 2 vezes ao dia, por 6 meses. O grupo controle, com contraindicação ao corticóide, foi submetido ao treinamento olfatório isolado. Realizou-se seguimento, com 3 e 6 meses de tratamento, com reavaliação das queixas, da adesão ao tratamento e dos escores de EVA, Alcohol Sniff Test e Connecticut.

Resultados Parciais: O estudo conta com 17 pacientes, sendo 10 participantes no grupo caso e 7 no grupo controle. O seguimento foi finalizado em 2 casos e 4 controles.

As características do grupo caso estão assim distribuídas: igualdade entre gêneros (1: 1), com idade média de 40,4 anos (+/- 12,5), escore médio no questionário QOD-NS de 8,5 (+/- 4,38) e duração da alteração de olfato média de 11 meses (+/- 7,63). Já o grupo controle apresentou 57,14% de predomínio feminino (n=4), com idade de 59,43 em média (+/- 8,28), QOD-NS de 5,57 pontos (+/- 7,32) e perda olfativa com duração média de 13,71 meses (+/- 6,58).

Na avaliação da entrada, o grupo caso apresentou escores de EVA de 6,4 em média (+/- 3,1); Alcohol Sniff Test médio de 14,02 cm (+/- 9,77); e Connecticut médio de 2,5 pontos (+/- 1,81). Em comparação, o grupo controle teve EVA médio de 6,14 (+/- 3,06); Alcohol Sniff Test médio de 9,69 cm (+/- 12,84); e Connecticut médio de 2,36 pontos (+/- 0,8).

Na avaliação de 3 meses, o grupo caso (n=3) pontuou 4,75 em média no EVA (+/- 1,71); 21,73 cm em média no Alcohol Sniff Test (+/- 5,99); e 2,38 pontos (+/- 1,8) em média no Connecticut. Já o grupo controle (n=4) apresentou média de 5,5 no EVA (+/- 3,14), 14,85 cm no Alcohol Sniff Test (+/- 11,86); e 2,56 pontos no Connecticut (+/- 0,75).

Após 6 meses, o grupo caso (n=2) teve EVA médio de 3,5 (+/- 2,12), Alcohol Sniff Test médio de 24,83 cm (+/- 0,24); e Connecticut médio de 4,5 pontos. Em comparação, o grupo controle (n=4), apresentou em média 5 na EVA (+/- 3,74), 14,08 cm no Alcohol Sniff Test (+/- 10,33); e Connecticut médio de 2,88 pontos (+/- 1,11).

Discussão: A análise dos Resultados parciais revela tendência de melhora da alteração de olfato dos pacientes, tanto do grupo caso quanto do grupo controle, sendo aparentemente de maior magnitude no grupo com treinamento olfatório e corticoterapia, diferença essa que pode ser justificada pelo fato de os grupos não serem comparáveis em termos de idade, tempo de perda olfatória, impacto na qualidade de vida e Alcohol Sniff Test inicial. Além disso, o estudo não apresenta randomização, porém não tem o objetivo de definir eficácia teórica nem segurança, fazendo uso de critérios compatíveis com a realidade da vida clínica real para divisão dos grupos.

O estudo vai aceitar a inclusão de novos pacientes até o término do ano de 2022, com previsão de finalização do seguimento dos pacientes em meados de 2023, para publicação dos Resultados finais e análise completa.

Conclusão: Apesar de terem sido apresentados Resultados parciais, análise preliminar permite recomendar o treinamento olfatório como tratamento para alteração de olfato pós-COVID, por tempo prolongado, e, quando possível, corticoterapia associada.

Palavras-chave: COVID-19; hiposmia; treinamento olfatório.

TCP1164 ABSCESSOS SUBDURAL E SUBPERIOSTEAL COMO COMPLICAÇÕES DE SINUSOPATIA EM CRIANÇA: UM RELATO DE CASO.

Autor principal: RAQUEL GONÇALVES BESSA

Coautores: HENRIQUE DE ALMEIDA FRIEDRICH, THALLISSO MARTINS DA SILVA RODRIGUES, MARCO TÚLIO SOLANO MATOS, TÚLIO BASSOLI, LARISSA DE OLIVEIRA LIMA SANTOS, DIOGO BARRETO PLANTIER

Instituição: Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo

Apresentação do caso: SBPG, 9 anos, sexo feminino, deu entrada no pronto socorro otorrinolaringológico apresentando congestão nasal, rinorreia mucopurulenta, cefaleia frontal, febre e edema palpebral à direita, com deslocamento do globo ocular látero- inferiormente e sem ateração da acuidade visual. À endoscopia nasal apresentou secreção mucopurulenta em meato médio à direita. Na tomografia de seios da face com contraste foi observado sinusopatia maxilar, etmoidal e esfenoidal à direita, com velamento total dos seios paranasias. A tomografia computadorizada das órbitas e de crânio evidenciou abscesso subperiosteal à direita com deslocamento lateral do músculo reto medial ipsilateral, bem como abscesso subdural de 3 mm em região frontal anterior paramediano à direita. A paciente foi internada e submetida a cirurgia para drenagem da coleção purulenta subperiosteal e ampliação dos seios. Equipe da neurocirurgia foi solicitada optando por manter tratamento clínico devido tamanho do abscesso subdural. Foi realizada antibioticoterapia endovenosa com ceftriaxone e clindamicina por 4 semanas. Após alta, iniciou uso domiciliar de antibioticoterapia oral com axetilcefuroxima, lavagem nasal de alto fluxo e baixa pressão e corticoide nasal, apresentando melhora total do quadro.

Discussão: As complicações intracranianas das rinossinusites são oriundas da extensão do processo infeccioso para estruturas adjacentes. Estima-se que, em crianças, ocorra 1 complicação para cada 12.000 casos de rinossinusites, sendo as complicações orbitais as mais comuns (60-75%) seguidas das intracranianas (15-20%). O abscesso subperiosteal é definido pela presença de líquido entre a periórbita e a parede óssea da órbita e se trata de um acometimento orbital pré septal. O abscesso subdural é a complicação intracraniana mais comum, definida como uma coleção purulenta situada entre a dura-máter e a aracnoide. As complicações intracranianas apresentam taxa de mortalidade de 11%.

Objetivo: Evidenciar a importância do correto e precoce diagnóstico, bem como do tratamento, das complicações das sinusopatias, impactando na redução da morbimortalidade dessas afecções. **Comentários finais:** As complicações das sinusopatias, principalmente as intracranianas, possuem alta morbimortalidade se abordagem inadequada, sendo mandatário a realização de exames de imagem, bem como a instituição de antibioticoterapia ou, se necessário, tratamento cirúrgico de forma precoce para redução de desfechos desfavoráveis.

Palavras-chave: abscesso; complicação; rinossinusite.

TCP1165 MUCOCUTANEOUS LEISHMANIASIS WITH EXTENSIVE INVOLVEMENT AND SEVERE CONSEQUENCES

Autor principal: ARTHUR RICARDO CARMINATTI ORTINÃ

Coautores: SARA THAIS STEFFENS, LUISI MARIA MEZZOMO, CAROLINA RODRIGUES LARANJEIRA VILAR, DEBORA EMI SHIBUKAWA, ROGERIO HAMERSCHMIDT

Instituição: *Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná*

Case Presentation: 57-year-old male, farmer, admitted to a tertiary service with dysphonia and dysphagia for more than 10 years, associated with ulcerated and infiltrative lesions in the nasal vestibule and infranasal region with involvement of the palate. He had already been submitted to previous treatments with misdiagnoses, without improving the condition. Nasofibrolaryngoscopy revealed a granulomatous lesion affecting the nasal mucosa, oropharynx and the larynx, in addition to significant circumferential edema and narrowing of the glottic cleft. Tracheostomy was chosen to protect the airway and the patient was submitted to suspension laryngoscopy with biopsy of the injury, whose histopathological results showed linfo-histioplasmocitary inflammation and presence of Leishman-Donovan bodies. Treatment with liposomal amphotericin B was initiated, with clinical improvement of the condition, and the patient is being followed up with the Infectology team of our service.

Discussion: Leishmaniasis is a disease caused by the protozoa of the Leishmania genus and transmitted by phlebotomine insects. Although it is classically presented as an ulcer on the skin, mucosal lesions can also occur. The nasal mucosa is the main area affected, but pharynx and larynx may also be involved.

Final Comments: This case reports the serious consequences that misdiagnose may present. Leishmaniasis should be treated as a differential diagnosis in several infectious conditions, and early and adequate diagnosis is essential to avoid deformities and functional complications.

Palavras-chave: larynx; leishmaniasis; mucocutaneous leishmaniasis.

TCP1166 PLEOMORPHIC ADENOMA IN NASAL SEPTUM: A CASE REPORT

Autor principal: JULIO CEZAR SILVA SANTOS FILHO

Coautores: PRISCILLA LUCENA DE FIGUEIREDO, RAISSA DE CARVALHO BORGES

Instituição: Hospital Santo Antônio - Obras Sociais Irmã Dulce

Introduction: Nasal neoplasms are very rare. The most commonly observed tumors in the nasal cavity are epithelial papillomas, angiomas, transitional cell carcinoma, squamous cell carcinoma and adenocarcinoma. The pleomorphic adenoma belongs to the group of tumors, being the most common benign glandular tumor originating in the head and neck, however, they are less frequent in the nasal cavity. The clinical presentation of patients with pleomorphic adenoma of the nasal septum is unilateral nasal obstruction, epistaxis and a painless mass in the nasal cavity.

Objectives: Due to the rarity of the clinical presentation of pleomorphic adenoma in this location, the authors describe a case of nasal pleomorphic adenoma in a 62-year-old female patient, where they report clinical findings, diagnostic criteria, treatment, prognosis and review. of literature. Summary Report: female patient, 62 years old. A lesion in the right nasal cavity in the anterior part of the nasal septum has been reported, with intermittent local pain. He denied epistaxis, trauma, nasal obstruction and olfactory alterations. The condition started 1 year after the consultation, with a progressive perception of lesion enlargement, undergoing two surgical procedures, the second at the expense of suspected recurrence of the lesion.

Conclusion: The rarity of the pleomorphic adenoma with this location and the success of the surgical treatment motivated us to prepare this case report. It is a benign neoplasm that should be part of the differential diagnoses of nasal tumors associated with epistaxis and nasal obstruction.

Palavras-chave: pleomorphic adenom; nasal cavity; mixed tumor.

TCP1167 S-POINT COMO ORIGEM DE EPISTAXE GRAVE: UM RELATO DE CASO

Autor principal: RAQUEL GONÇALVES BESSA

Coautores: HENRIQUE DE ALMEIDA FRIEDRICH, MARCO TÚLIO SOLANO MATOS, THALLISSO MARTINS DA SILVA RODRIGUES, LARISSA DE OLIVEIRA LIMA SANTOS, TÚLIO BASSOLI, MARIA CARMELA CUNDARI BOCCALINI

Instituição: *Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo*

Apresentação do caso: JPDS, sexo masculino, 69 anos, compareceu no Pronto Socorro deste serviço apresentando epistaxe volumosa em atividade, localizada em fossa nasal esquerda. Efetuado estabilização do paciente, com reposição volêmica e compressão nasal. Foi realizado endoscopia nasal com óptica rígida, que evidenciou sangramento de origem em pedículo vascular correspondente ao S-point. A hemostasia foi realizada após cauterização do coto vascular com ácido tricloroacético 70% e aplicação de hemostático absorvível Surgicel® e Geofoam®. Após observação e ausência de recorrência do sangramento, paciente foi liberado para casa em uso de transamin e oximetazolina por 5 dias. Em exames laboratoriais paciente não apresentou evidências de coagulopatias.

Discussão: Embora a epistaxe grave normalmente tenha origem posterior, com a introdução da endoscopia nasal na otorrinolaringologia, tornou-se possível a avaliação do S-point como um possível foco de sangramento nasal. O S-point trata-se de um pedículo vascular arterial, ramo da artéria etmoidal anterior, localizado na porção septal superior, próximo à projeção da axila da concha média, posteriormente ao tubérculo septal. A prevalência deste tipo de epistaxe é de 28.8%.

Objetivo: Evidenciar a importância da análise do S-point como possível origem de epistaxes graves.

Comentários finais: Embora o S-point não seja a origem mais comum de epistaxes graves, possui prevalência relevante e é responsável por morbimortalidade assim como os outros focos de sangramento nasal graves. Deste modo, este relato de caso busca incentivar a pesquisa deste ponto como possível causa da epistaxe e a sua correta abordagem para a realização da hemostasia.

Palavras-chave: epistaxe; S-point; grave.

Autor principal: MARIA VICTORIA BASTOS TAVARES

Coautores: RENATA CHADE AIDAR, CAMILA AYUMI GOTO, MARCO TULIO CRUZ BRAGA, VITOR BITTAR PRADO, MARIO DE GEUS NETO, SAMUEL BORGES BASSETTI, TAIANY NADIA FONSECA ABU-ADIYA

Instituição: Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

Apresentação dos Casos: Paciente 1, feminino, 19 anos, referia crostas em narina esquerda, há 2 anos, com eventual epistaxe de pequena monta. Referia remoção digital das crostas. Negava espirros, hiposmia, rinorréia, uso de drogas intranasais, trauma nasal, cirurgia nasal prévia ou ter morado em zona rural. Tem antecedente de esclerodermia, em acompanhamento com Reumatologia e Dermatologia, com bom controle. Exame físico revelou perfuração septal em área II de cerca de 1 cm. A nasofibrosopia evidenciou, além da perfuração septal ampla, tecido de granulação em bordas e crostas hemáticas. Foi realizada investigação complementar, todos dentro da normalidade: hemograma e coagulograma, fator reumatóide, sorologias para hepatite A, B e C, sífilis, leishmaniose, toxoplasmose e CMV, p-ANCA e c-ANCA, radiografia de tórax e PPD. Exame anatomopatológico mostrou fragmento de mucosa respiratória com ulceração, proliferação de tecido de granulação, tampão fibrino-leucocitário e reação inflamatória crônica inespecífica, ausência de granulomas, com pesquisas de BAAR, fungos e Leishmania negativas. Como perfuração septal ampla, sem outras queixas, foi optado por tratamento clínico com hidratação nasal e lavagem nasal de alto volume e orientações contra manipulação manual.

Paciente 2, sexo masculino, de 66 anos, apresentou quadro de epistaxes de repetição, inicialmente de maior volume, auto-limitada, seguida de episódios de menor monta nos dias seguintes. Negava dor, obstrução nasal ou rinorreia. Referia quadro de epistaxe 15 anos antes, com resolução com cauterização à época. Referia formação de crostas nasais, fazendo uso por conta própria de pomada de neomicina em cavidade nasal diariamente, com uso de algodão ou mesmo o dedo, durante cerca de 10 anos. Negava cirurgias nasais prévias, trauma nasal ou uso de drogas ilícitas. Apresentava antecedente de psoríase e refluxo gastro-esofágico. No exame físico, foi observada perfuração septal ampla em áreas II-IV, com cerca de 2 cm, coberta com crostas, sem pontos de sangramento. À nasofibrosopia, foi observada ainda secreção amarelada à esquerda. Foi tratado com amoxicilina-clavulanato por 14 dias para sinusite aguda e iniciada investigação causal. Biópsia das bordas da lesão revelou tecido de granulação margeado por epitélio escamoso sem atipias, sem granulomas ou sinais de malignidade, com pesquisa de BAAR negativa. Cultura de secreção da perfuração foi positiva para *Staphylococcus aureus* e *Candida guilliermondii* e negativa para anaeróbios. Sorologias para HIV, Leishmania, Histoplasma, Paracoccidioidomicose, sífilis e micobactérias foram negativas. P-ANCA e c-ANCA foram negativos. O teste de PPD teve 10 mm e a radiografia de tórax sem alterações. No retorno, sem queixas, também foi optado pelo tratamento clínico e orientações, com boa resposta.

Discussão: Etiologias de perfuração septal são variadas, sendo as principais as iatrogênicas/traumáticas, dentre elas, a manipulação digital. Ambos os casos revelam história bem clara de manipulação digital, com investigação negativa para outras causas. O caso 2, apesar da cauterização química há 15 anos, apresentava consulta de 2 anos antes com rinoscopia normal. Perfurações mais amplas e anteriores, como dos casos apresentados, tendem a causar sintomas como epistaxe, formação de crostas, dor e alterações do olfato.

As perfurações septais podem ser tratadas de formas diferentes, desde o tratamento clínico, com lavagem e hidratação nasal; uso de próteses, como botões septais; ou cirurgias reparadoras por técnicas diversas. Os pacientes dos casos optaram pelo tratamento clínico, associado a modificações comportamentais, com boa evolução.

Comentários finais: Observamos pacientes de idades e gêneros diferentes, com perfurações septais decorrentes de manipulação digital. Tais complicações poderiam ser prevenidas com orientações comportamentais, como lavagem e hidratação nasal e evitar a manipulação digital.

Palavras-chave: perfuração septal; trauma ungueal.

TCP1169 ALVEOLAR RHABDOMYOSARCOMA IN THE MAXILLARY SINUS AND ORAL CAVITY: A CASE REPORT

Autor principal: JULIO CEZAR SILVA SANTOS FILHO

Coautores: LARISSA ROCHA OLIVEIRA, DAVI SANDES SOBRAL, LARA TORRES CARDOSO, ROBSON CHAVES TANAJURA FILHO

Instituição: Hospital Santo Antônio - Obras Sociais Irmã Dulce

Introduction: Rhabdomyosarcoma (RMS) is a malignant tumor of striated muscle of mesenchymal origin considered the most recurrent soft tissue sarcoma in children and adolescents, with an annual incidence of 4.3 cases per million. Approximately two-thirds of cases are diagnosed in children (typically around age 6 years), and are slightly more common in males, with a male/female ratio of 1.4: 1. Approximately 40% of Rhabdomyosarcoma occur in the head and neck region. The clinical presentation in the head and neck region can be with nasal obstruction, bulging in the oral cavity and even with visual changes.

Objectives: Due to the rarity of alveolar presentation in this age group, the authors describe a case of alveolar rhabdomyosarcoma (ARMS) in a male patient, 36 years old, where they report clinical findings, diagnostic criteria with pathological anatomy, treatment and prognosis. Resumed report: Male, 36 years old, with significant bulging in the topography of the maxillary sinus and right oral cavity after a dental procedure 1 month ago, associated with nasal obstruction with purulent rhinorrhea and conjunctival hemorrhage, refractory to medical treatment. Underwent incisional biopsy confirming alveolar rhabdomyosarcoma after immunohistochemistry.

Conclusion: The aggressiveness of ARMS and atypical presentation of this tumor motivated us to make this case report, which imposes the need for early diagnosis and referral to chemotherapy. It is a malignant neoplasm that should be part of the differential diagnoses of tumors of the nasal and oral cavity

Palavras-chave: alveolar rhabdomyosarcoma; oral cavity; maxillary sinus.

TCP1170 DESCOMPRESSION DE ÓRBITA DEVIDO EXOFTALMIA DE GRAVES POR VIA ENDOSCÓPICA NASAL

Autor principal: EDSON RODRIGUES GARCIA FILHO

Coautores: LUÍSA CORRÊA JANAÚ, FERNANDA DE QUEIROZ MOURA ARAUJO, THIAGO TORRES NOBRE, ALEXANDRE VASCONCELOS DEZINCOURT, NAIADÉ DE OLIVEIRA DO AMARAL, LEANDRO JOSE ALMEIDA AMARO, DIEGO GADELHA VAZ

Instituição: UFPA

Apresentação do caso: T.L.M., feminina, 71 anos, iniciou em dezembro de 2021 com quadro de perda de peso, cansaço, desmaios, vômitos e diarreia, sendo diagnosticada com hipertireoidismo após investigação laboratorial em um atendimento no pronto-socorro de sua cidade. Em março de 2022, evoluiu com exoftalmia, edema palpebral e diminuição da acuidade visual, sendo diagnosticada pelo oftalmologista com exoftalmia de Graves. Em junho de 2022, foi internado em um hospital universitário de sua cidade, devido piora da acuidade visual e descompensação de sua Diabetes Tipo 2. Foi realizada pulsoterapia com metilprednisolona por 3 dias, tratamento de sua hiperglicemia e solicitado parecer da otorrinolaringologia. Como conduta, foi indicado descompressão de órbitas bilateral por via endonasal, sendo realizada após 1 mês devido dificuldade para reserva de UTI e instabilidade clínica da paciente. A cirurgia foi realizada no dia 28 de julho de 2022, com sucesso, sem intercorrências onde foi realizada: antrostomia maxilar bilateral, etmoidectomia anterior e posterior bilateral, remoção de lâmina papirácea com exposição de peri-órbita bilateral, incisão da periórbita com relocação da gordura peri-orbitária bilateral. Após 2 semanas de pós-operatório, a paciente apresenta melhora importante da exoftalmia, endoscopia nasal sem alterações e ainda sem melhora da acuidade visual.

Discussão: A oftalmopatia de Graves é uma doença de caráter auto-imune que cursa com a deposição de imunocomplexos nos músculos da movimentação extrínseca dos olhos, que por sua vez causa edema local, hipertrofia da musculatura e da gordura local. A manifestação mais comum é a exoftalmia e a diplopia. A fase aguda da doença pode responder a tratamentos como corticoterapia, irradiação orbitária ou imunoterapia, porém a maior parte dos casos evolui para a fase crônica da doença, de caráter estável. O tratamento cirúrgico tem indicação na fase crônica da doença, com indicação nos casos de neuropatia óptica, danos a superfície ocular devido exposição contínua e desejos estéticos. A literatura demonstra uma redução de até 4,5mm-8mm da proptose, dependendo do autor. A principal função da cirurgia de descompressão orbitária é criar mais espaço para realocação da gordura periorbitária, reduzindo a pressão local, e permitindo o retorno de função dos músculos extra-oculares e melhorar a perfusão sanguínea ao nervo óptico. São descritos vários acessos a esta cirurgia na literatura, porém hoje em dia a mais utilizada é a via endoscópica nasal, com remoção da lâmina papirácea por via transnasal. Esta via, possibilita uma menor morbidade ao paciente, além de melhor visualização sem incisões externas.

Comentários finais: A descompressão de órbita por via endoscópica transnasal para tratamento da exoftalmia de Graves é um procedimento minimamente invasivo que permite uma terapia eficaz em sua fase crônica, com baixa morbidade e excelentes Resultados quando comparada às técnicas externas.

Palavras-chave: exoftalmia de graves; endonasal; descompressão de órbita.

TCP1171

LINFOMA NASAL: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL RARO DA OBSTRUÇÃO NASAL - RELATO DE CASO**Autor principal:** GABRIEL PINHO MORORÓ**Coautores:** ERIKA FERREIRA GOMES**Instituição:** Hospital Geral de Fortaleza

Relato de caso: Paciente, sexo feminino, 28 anos, procura o ambulatório de otorrinolaringologia por queixa de obstrução nasal bilateral. Refere que quadro é constante e associado a dor facial, otalgia unilateral e rinorréia amarelada e febre quase diária. Quadro havia iniciado há 06 meses. Realizou tratamento prévio com budesonida em dose dobrada, lavagem nasal com soro fisiológico e antibioticoterapia nas crises, não obtendo melhora das queixas. Ao exame físico: lesões de aspecto polipoide ocupando as fossas nasais desde o meato médio até assoalho da cavidade. Tomografia de seios da face evidenciou septo nasal levoconvexo com esporão osteocartilaginoso determinando impressão na concha nasal inferior. Material com atenuação de partes moles obliterando seio frontal, etmoidal e maxilar bilateralmente. Diante dos achados, optado por abordagem cirúrgica: septoplastia, turbinectomia parcial inferior e média bilateralmente, antrostomia maxilar bilateral. Durante procedimento, observada mucosa da cavidade nasal de aspecto difusamento infiltrado, sendo encaminhado material para histopatológico. No pós operatório, houve melhora da queixa obstrutiva nasal, mas permanência de febre diária, com padrão vespertino. Iniciou perda de peso não intencional. Durante investigação etiológica, solicitados exames laboratoriais para doenças granulomatosas: sem alterações. Anatomopatológico evidenciando proliferação linfóide atípica, com predomínio de linfócitos t. Encaminhado para avaliação da hematologia: feita imunohistoquímica de painel ampliado que não identificou sinais compatíveis com doença onco-hematológica, recebendo alta da hematologia. Por persistência da clínica pela paciente, optada por nova biópsia. Novo anatomopatológico e imunohistoquímica deram diagnóstico de linfoma não hodgkin de células t periférico cd4+. Realizado pet-scan: comprometimento de cavidade nasal, seios paranasais, nasofaringe e orofaringe. Feito esquema terapêutico com 6 ciclos choep (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, etoposídeo e prednisona) + radioterapia adjuvante em sítio nasal. Paciente atualmente segue em acompanhamento terapêutico conjunto com otorrinolaringologia e hematologia.

Discussão: O linfoma de células t periféricas nasal é um subtipo raro (menos de 0,02% dos linfomas) de linfoma não hodgkin, sendo considerado muito agressivo. Ao contrário do caso exposto, há predomínio pelo sexo masculino. Como se manifesta através de sintomas inespecíficos (obstrução nasal, rinorreia purulenta, dor facial), comumente possui diagnóstico tardio. Ao exame físico, apresenta aspecto infiltrativo e destrutivo, podendo fazer diagnóstico diferencial com doenças infecciosas, granulomatosas, autoimunes e neoplásicas. No caso apresentado a paciente levou 1 ano desde o início dos sintomas para receber o diagnóstico. A doença tende a se manter na região médio facial, com acometimento linfonodal regional. Quando fora do sítio facial, a extensão mais comum da doença é para pele. Nos últimos anos, cada vez mais tem sido relacionado com o epstein barr virus, sendo orientada pesquisa de rotina na medula óssea por meio de hibridização in situ. O manejo terapêutico inclui radioterapia local + quimioterapia, havendo êxito em 60% dos casos. Apesar disso, são comuns os casos de recidiva.

Comentários: Diante da avaliação das patologias nasossinusais, um olhar sistêmico do processo de doença sempre deve ser estabelecido. Refratariedade aos tratamentos habituais, sintomatologia exuberante e progressiva, acometimento multissistêmico são sinais de alarme na investigação. É fundamental o conhecimento de patologias diversas, incluindo condições raras como linfoma nasal, uma vez que sua inespecificidade clínica pode retardar significativamente o diagnóstico, impedindo tratamentos adequados.

Palavras-chave: linfoma; neoplasia; rinologia.

TCP1172 RINOSSINUSITE AGUDA COMPLICADA COM OSTEOMIELOTE DO FRONTAL EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

Autor principal: MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO

Coautores: DANIELLE RAMOS VIDEIRA, RHAYANE PATRICIA RODRIGUES DE OLIVEIRA, TAYANE OLIVEIRA PIRES, JOSE ELIAS DA SILVA MURAD, MAURÍCIO VILELA FREIRE, LARISSA FAVORETTO ALMEIDA

Instituição: Instituto Hospital de Base do Distrito Federal

Apresentação do caso: Paciente, feminina, 10 anos, previamente hígida, encaminhada da clínica de neurocirurgia para o pronto socorro de otorrinolaringologia, acompanhada de genitores com queixa de dor frontal há 5 meses. O quadro evoluiu com cefaleia, associada a tosse, rinorreia hialina, obstrução nasal e febre. Há 4 dias da admissão notou o aparecimento de abaulamento da região frontal e edema com hiperemia bipalpebral. Foi solicitado tomografia de crânio que evidenciou rinossinusite crônica complicada com abscesso epidural, subgaleais e pré septais bilateralmente, além de osteomielite do osso frontal. Programada antibioticoterapia endovenosa e abordagem cirúrgica da equipe de otorrinolaringologia em conjunto com a equipe de neurocirurgia para craniotomia com drenagem de abscesso e sinusectomia endoscópica. Após procedimento cirúrgico, criança foi encaminhada para hospital regional para término de antibioticoterapia endovenosa e seguiu em acompanhamento ambulatorial com a otorrinolaringologia, sem novas indicações de reabordagem até o momento.

Discussão: A osteomielite do frontal é uma complicação rara de rinossinusite que pode ter evolução aguda ou crônica. Há reação inflamatória com aumento da pressão intra-óssea, isquemia e necrose local, levando à formação de abscesso ósseo. Não havendo drenagem, ocorrerá descolamento do periósteo, invasão de partes moles e piora da isquemia com posterior sequestro ósseo. Geralmente se apresenta com edema suave e flutuante na região frontal, resultante da destruição da tábua externa do osso frontal, associada a dor e febre. Estudos mostram que apenas 2% de todos os casos de osteomielite em crianças são cranianos e em um número ainda menor, a osteomielite envolve o osso frontal. O diagnóstico precoce por meio de exames de imagem adequados aumenta a possibilidade de boa recuperação. No que diz respeito à terapia, a cirurgia endoscópica nasossinusal pode ser considerada uma técnica valiosa, como a usada no caso. A grande maioria dos pacientes tratados adequadamente se recupera sem complicações e sequelas neurológicas a longo prazo.

Comentários finais: Com base na literatura disponível, a taxa de incidência em pacientes pediátricos de osteomielite do frontal, como a apresentada no caso em questão, é relativamente baixa. A abordagem endoscópica, assim como a realizada no serviço permanece a mais recomendada para tratamento e resolução do quadro. Devido ao risco de novas recidivas, os pacientes devem ser acompanhados de perto para futuras intervenções.

Palavras-chave: rinossinusite; rinologia; osteomielite frontal.

TCP1173 **LINFOMA NÃO HODGKIN MANIFESTANDO-SE COM MASSA EM REGIÃO MALAR: RELATO DE CASO**

Autor principal: MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO

Coautores: ADRA BRASIL LEITAO TRAVAGLIA, RHAYANE PATRICIA RODRIGUES DE OLIVEIRA, TAYANE OLIVEIRA PIRES, JOSE ELIAS DA SILVA MURAD, MAURÍCIO VILELA FREIRE, LARISSA FAVORETTO ALMEIDA

Instituição: Instituto Hospital de Base do Distrito Federal

Apresentação do caso: Paciente sexo feminino, 22 anos, dá entrada em pronto-socorro de otorrinolaringologia com relato de abaulamento em região maxilar esquerda iniciado há cerca de 10 meses, com aumento significativo de tamanho há 1 dia. Evoluiu com limitação de abertura bucal e otalgia ipsilateral. Negou outras queixas otorrinolaringológicas, nega febre, perda ponderal e patologias prévias. Está no 45º dia de puerpério. Ao exame físico apresentava lesão de dimensões aproximadas de 6,0 x 6,0 cm com consistência fibroelástica e pouco dolorosa à palpação em região maxilar esquerda. Apresentava trismo moderado. Oroscopia, rinoscopia e palpação cervical sem alterações. Ressonância nuclear magnética de seios da face demonstrou lesão expansiva em região nasogeniana e maxilar esquerdos com extensão para espaço mastigatório e gordura orbitária extraconal, alarga canal orbitário inferior, fossa pterigopalatina e forame redondo à esquerda sem extensão intracraniana. Resultado anatomopatológico e imunohistoquímico de biópsia por agulha grossa da lesão definiu como sendo linfoma não Hodgkin do tipo difuso de grandes células B (LDGCB), sendo encaminhada para equipe de oncologia para segmento.

Discussão: Os linfomas representam aproximadamente 5% das neoplasias em cabeça e pescoço. Dentre os dois grandes grupos, os linfomas de Hodgkin são mais frequentes em pacientes jovens, enquanto os linfomas não Hodgkin, na faixa etária de 70 a 80 anos. Dentro deste último grupo, há o subtipo LDGCB que é o linfoma primário extranodal mais comum, incluindo aqueles que acometem nariz, seios paranasais, anel de Waldeyer, tireoide e linfonodos cervicais, sendo ligeiramente mais frequente no sexo masculino. Apresenta crescimento agressivo e rápido, muitas das vezes sendo diagnosticado em fase de disseminação extensa da doença. A confirmação diagnóstica dá-se pela avaliação anatomopatológica e de imunohistoquímica de fragmentos de biópsia. Apesar da agressividade desse subtipo, apresenta melhor resposta aos tratamentos de radio e quimioterapia, havendo cura em 50 a 60% dos casos, mesmo em estágios mais avançados.

Comentários finais: O crescimento de massas em região de face ou mesmo cervical com rápida evolução deve alertar para a possibilidade de neoplasias. A obtenção de fragmentos de biópsia é essencial para a confirmação do tipo histológico de neoplasia, permitindo um tratamento direcionado. Casos como linfoma não Hodgkin necessitam ainda mais de um diagnóstico rápido devido à evolução rápida, garantindo início precoce de rádio e quimioterapia.

Palavras-chave: linfoma; tumor nasal; rinologia.

TCP1174 **FRONTAL SINUS MUCOCELE: A CASE REPORT.**

Autor principal: JULIO CEZAR SILVA SANTOS FILHO

Coautores: PRISCILLA LUCENA DE FIGUEIREDO, RAISSA DE CARVALHO BORGES, ALESSANDRO TUNES BARROS

Instituição: *Hospital Santo Antônio - Obras Sociais Irmã Dulce*

Introduction: Mucoceles of the paranasal sinuses are cystic lesions of the epithelial lining with mucoid content, which present slow growth with expansive characteristics and bone resorption. Eventually, they may compromise adjacent noble structures such as the orbit and intracranial cavity. Its etiology is believed to be linked to the obstruction of the drainage ostium of the involved paranasal sinus. They can cause facial pain, headache, nasal obstruction, diplopia, decreased visual acuity, displacement of the eyeball, facial edema or even meningitis, depending on the anatomical area involved. It most frequently affects the frontal and ethmoid sinuses. The diagnosis is made through imaging tests, computed tomography being the exam of choice, although on some occasions magnetic resonance imaging is indicated. The paranasal endoscopic approach is the surgical approach of choice, as it is less invasive and presents less morbidity.

Objective: This study aims to present a case report of frontal sinus mucocele, treated with endoscopic nasal surgery, case report and literature review. Case report: Female, 43 years old, with bulging in the left and right frontal sinus region for about 1 year, without associated trauma, nasal obstruction and headache, submitted to Endoscopic Nasal Surgery.

Conclusion: the approach via endoscopic nasal surgery shows good results, and the importance of this pathology due to its uncommon appearance with risk of complications

Palavras-chave: mucocele; frontal sinus; cystic lesions.

TCP1175 RELATO DE CASO: POLIPOSE NASAL EM USO DE IMUNOBiolÓGICO**Autor principal:** MARIA VICTORIA BASTOS TAVARES**Coautores:** RENATA CHADE AIDAR, CAMILA AYUMI GOTO, MARCO TULIO CRUZ BRAGA, VITOR BITTAR PRADO, MARIO DE GEUS NETO, SAMUEL BORGES BASSETTI, INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO**Instituição:** Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, de 75 anos, asmático, com alergia a AINEs, é acompanhado no Ambulatório de Rinologia de longa data, por Rinossinusite Crônica com Polipose Primária Difusa Eosinofílica e Otite Média Serosa Crônica Bilateral, já submetido a três cirurgias endonasais prévias, sendo a última em 2010. Faz tratamento contínuo com lavagem nasal com soro fisiológico e spray nasal de corticoide, mas mantém sintomas de obstrução nasal, rinorréia hialina, sintomas nasais irritativos intermitentes e otorréia. Portador de glaucoma, apresenta restrição ao uso de corticosteroides orais. Precisou fazer uso de claritromicina 3 vezes por semana, por 3 meses, e ciprofloxacino em gotas otológicas como profilaxia de agudizações recorrentes de rinossinusite e otite. Apresentava IgE de 143 e exames de RAST negativos. Pontuou 36 no SNOT-22. À otoscopia, apresentava otorreia bilateral. Ao exame nasofibros cópico, no início de 2021, foi observada polipose grau III bilateral com secreção purulenta abundante, sendo indicado tratamento imunobiológico com Dupilumabe, 300 mg, a cada 14 dias, cujo início foi em maio de 2021.

Em uso desta medicação há 15 meses, apresentou melhora no escore SNOT-22, com 8 pontos em janeiro de 2022, porém com novo aumento para 16 pontos na última avaliação em julho de 2022, quando apresentou exacerbação do quadro nasal, possivelmente devido à sazonalidade. Apesar disso, vem continuamente apresentando melhora de sinais objetivos da doença no exame endoscópico. A polipose reduziu para grau I em março de 2022 e, atualmente, apresenta apenas degeneração polipóide da concha média e antrostomias prévias. Obteve ainda controle dos episódios de otorréia, sem novos episódios há 12 meses, tendo recebido alta por parte da Otolgia.

Paciente refere ainda melhora importante das queixas olfativas, evoluindo de anosmia persistente para hiposmia intermitente, relatando melhora da qualidade de vida.

Discussão: O Dupilumabe é um agente imunobiológico que inibe simultaneamente e de forma seletiva o receptor de IL-4/IL-13. Foi o primeiro produto registrado na União Europeia e nos Estados Unidos a ser aprovado para uso na rinossinusite com polipose grave e não controlada.

Os imunobiológicos têm sido usados para tratamento de rinossinusite com polipose e atuam exclusivamente na inflamação do tipo 2. De acordo com o EPOS 2020, as indicações de imunobiológico incluem rinossinusite com polipose com cirurgia prévia, asma não controlada e dermatite atópica. Os critérios para o uso na rinossinusite crônica com polipose com cirurgia prévia necessita de pelo menos três entre os seguintes: evidência de inflamação do tipo 2 (eosinofilia tecidual acima de 10/CGA ou eosinofilia sanguínea acima de 250 cel/mcL ou IgE total acima de 100 UI/mL), necessidade de uso de ≥ 2 ciclos/ano de corticóide sistêmico, asma concomitante, prejuízo da qualidade de vida (SNOT-22 > 20) e alteração de olfato. O paciente em questão apresentava evidência de inflamação do tipo 2 e critérios para indicação de imunobiológicos.

O caso descrito é um exemplo de melhora da rinossinusite crônica, em termos endoscópicos e de exacerbações, e da qualidade de vida relatada, principalmente quanto ao olfato e à respiração nasal. O paciente teve também boa aceitação da medicação, sem efeitos colaterais, como faringite e conjuntivite.

Comentários finais: O caso demonstra paciente com quadro grave de polipose nasal, acompanhado por duas subespecialidades e submetido a diversos tratamentos refratários, mas que atingiu controle de doença com uso de imunobiológico, de forma eficaz e segura.

Palavras-chave: polipose nasal; imunobiológico; dupilumabe.

TCP1176 MUCORMICOSE NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO

Autor principal: VINICIUS SIMON TOMAZINI

Coautores: MARCO AURÉLIO FORNAZIERI, DENIS MASSATSUGU UEDA, ELYARA YOSHIE, ALESSANDRA GUILHERME, RAQUEL CORRÊA MONTEIRO

Instituição: Universidade Estadual de Londrina

Apresentação do caso: Paciente de 43 anos, masculino, etilista, diabético (diabetes mellitus tipo 2), encaminhado ao Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, com suspeita de acidente vascular encefálico devido início súbito de amaurose, cefaleia holocraniana e ptose palpebral. Após 8 dias, paciente apresentou piora do quadro evoluindo com proptose, quemose periorbitária e anisocoria. Evidenciado em Tomografia Computadorizada de crânio, velamento em seios maxilar, etmoidal e esfenoidal, em Angiotomografia de crânio e órbita visualizado processo inflamatório infeccioso, assim aventado a hipótese de rinossinusite fúngica invasiva. Indicado intervenção cirúrgica de urgência. Em intraoperatório visualizado necrose extensa do septo nasal, parede lateral bilateral mais acentuada à direita, mucosa necrótica em seio frontal e esfenoidal bilateral, realizado sinusotomia bilateral com desbridamento da cavidade nasal e exanteração de órbita direita. Iniciado Ampicilina + Ceftriaxona, Vancomicina, Anfotericina B.

Após 15 dias de internamento, paciente evolui para óbito, com teste de apneia positivo e arreflexia de tronco, sendo realizado DTC para iniciar protocolo de morte encefálica pela UTI, evidenciando parada circulatória encefálica.

Discussão: Mucormicose é uma infecção fúngica angio-invasiva de alta morbidade e mortalidade, adquirida por inalação de esporangiósporos devido à ingestão de alimentos contaminados ou inoculação traumática, causada por fungos da ordem *Mucorales*, com incidência muito alta na Índia e na China. É associada a transplantados, corticoterapia, neutropenia e diabetes mellitus subjacente, piorando o quadro na presença de cetoadicose diabética. A mortalidade bruta de pacientes com mucormicose de extremidades e outras localizações gira em torno de 26% e 43%, respectivamente. Se a doença for restrita à cavidade nasal e diagnosticada precocemente, ela terá um melhor prognóstico e impacto positivo na sobrevida dos pacientes. Sinais e sintomas de doença nasossinusal incluem obstrução nasal, rinorreia, distúrbio olfatório, dor facial e cefaleia. Avaliação otorrinolaringológica com endoscopia nasal é essencial no diagnóstico precoce. Seu tratamento é feito pela correção dos distúrbios metabólicos ou imunológicos subjacentes, terapia antifúngica intravenosa, com altas doses de anfotericina B lipossomal, e desbridamento cirúrgico amplo de todos os tecidos afetados e dos tecidos sinusal, nasal, oral e orbital desvitalizados. O desbridamento cirúrgico deve ser feito o mais precocemente possível, pois retarda a progressão da doença, dando tempo ao paciente para que se recupere da causa da imunossupressão, além de reduzir o crescimento do fungo, melhorar a oxigenação do tecido, possibilitar que as drogas antifúngicas alcancem as áreas infectadas, e garantir material para cultura e exame anatomopatológico.

Considerações Finais: Mucormicose é uma doença fúngica com altas taxas de morbidade e mortalidade, com muitos casos tendo desfechos desfavoráveis. Logo, seu diagnóstico deve ser rápido e o início do tratamento precoce, objetivando a reversão dos fatores de risco, como reduzir taxas de contaminação fúngica em pacientes imunocomprometidos, terapia antifúngica e tratamento cirúrgico, associados a análise dos sinais e sintomas e realização criteriosa do exame físico para resolução do caso, a fim de diminuir sequelas e taxas de óbito.

Palavras-chave: mucormicose; rinossinusite aguda fúngica invasiva.

TCP1177 TROMBOSE SÉPTICA DO SEIO SAGITAL SUPERIOR DEVIDO À RINOSSINUSITE AGUDA: RELATO DE CASO

Autor principal: VINICIUS SIMON TOMAZINI

Coautores: MARCO AURÉLIO FORNAZIERI, DENIS MASSATSUGU UEDA, ALESSANDRA GUILHERME, RAQUEL CORRÊA MONTEIRO, ELYARA YOSHIE

Instituição: Universidade Estadual de Londrina

Apresentação do caso: Paciente masculino, 14 anos, internado no serviço hospital universitário devido cefaleia de forte intensidade, náusea, febre e sonolência há 11 dias.

Iniciado tratamento em serviço externo com ceftriaxone sem resposta a antibioticoterapia. Realizado tomografia computadorizada de crânio com evidência de hipoatenuação corticossupratentorial em região frontal bilateral, e conteúdo com atenuação de partes moles no interior dos seios frontais. Em angiotomografia comprometimento no enchimento dos seios sagital, sugerindo trombose de seio sagital superior. Indicado sinusotomia frontal bilateral e etmoidectomia anterior à esquerda. Paciente evoluiu sem intercorrência, sem sequelas neurológicas com alta após 1 semana em uso de clavulin, rivaroxabana e acompanhamento ambulatorial.

Discussão: As rinossinusites agudas podem ter diversas complicações, dentre elas, as intracranianas. A disseminação da infecção dos seios paranasais ocorre pela via hematogênica e, raramente, por contiguidade. As complicações intracranianas mais comuns são a meningite, empiema subdural, abscesso cerebral e abscesso extradural, sendo raras as ocorrências de trombozes venosas. São mais frequentemente associadas às rinossinusites frontais e etmoidais e, de forma epidemiológica, acometem mais adolescentes e adultos. O conhecimento dessas condições é imprescindível na prática clínica devido à gravidade e ao risco de morte associado em até 6% dos casos. Dentre as trombozes venosas, há mais relatos sobre o acometimento do seio cavernoso, sendo a trombose do seio sagital superior uma complicação menos comum. Essas condições que acometem o seio durais, quando não são submetidas a intervenção precoce, acarretam risco de sequelas que dependem do seio venoso acometido, sendo as dos seios cavernosos associadas a distúrbios oculomotores, que podem levar à cegueira, e as do seio sagital superior a infartos hemorrágicos e à hidrocefalia comunicante. A taxa de mortalidade geral associada à trombose séptica do seio cavernoso pode chegar a 30%, aumentando para 50% quando associada à infecção do seio esfenoidal, e o resultado da oclusão completa do seio sagital superior é fatal. Portanto, diante de uma história clínica com achado de cefaleia de moderada a intensa, em quadros de rinossinusite aguda em adolescentes, a trombose séptica dos seios durais deve ser um possível diagnóstico que merece investigação. A identificação precisa dessa patologia se dá por exames de imagem como a tomografia computadorizada de crânio com contraste e a ressonância magnética de encéfalo. O tratamento inclui a internação hospitalar, antibioticoterapia, corticoterapia e a drenagem cirúrgica dos seios acometidos, e deve ser iniciado de forma precoce para evitar sequelas e o aumento da mortalidade. Além disso, o acompanhamento ambulatorial deve ser feito no seguimento em conjunto com as neurologia e neurocirurgia.

Comentários finais: Apesar da rinossinusite aguda complicada por trombose do seio sagital superior ser uma condição rara, é de grande importância essa patologia estar no leque de diagnósticos diferenciais do médico, quando este estiver diante de quadros de cefaleia intensa em pacientes com história de rinossinusite, uma vez que a intervenção precoce reduz a taxa de morbimortalidade e riscos de sequelas.

Palavras-chave: rinossinusite aguda; complicações de rinossinusite; trombo séptica do seio sagital.

TCP1178

PREVALÊNCIA DE DISTÚRBIOS OLFATÓRIOS EM PACIENTES COM COVID 19 ATENDIDOS NO HFA-DF**Autor principal:** THAÍS RODRIGUES BEZERRA NUNES**Coautores:** RAFAEL SABA ALBERTINO, TACIANA SARMENTO CARDOSO DE OLIVEIRA, RONALDO CAMPOS GRANJEIRO, GLAYSON SOARES MELO DA COSTA, FERNANDA VITÓRIA MELO FERNANDES MAGELA, CAROLINA NIMRICHTER VALLE**Instituição:** Hospital das Forças Armadas**Objetivos:** Avaliar a prevalência de distúrbios olfatórios em paciente com COVID-19 atendidos no Hospital das Forças Armadas em Brasília – DF**Métodos:** Foram coletados dados por meio de questionário de 222 pacientes atendidos no Hospital das Forças Armadas entre abril de 2020 e novembro de 2020 com diagnóstico de COVID-19 confirmado laboratorialmente.**Resultados:** A prevalência de distúrbios de olfato foi de 52,7%. Desses 52,7%, 18,47% caracterizou hiposmia, 33,78% anosmia e apenas 0,45% referiu hiperosmia. Dos pacientes que relataram hiposmia, 53,66% tiveram assistência ambulatorial, 39,02% assistência por telemedicina e apenas 7,32% necessitaram de assistência hospitalar. Já em relação à anosmia os Resultados foram respectivamente 48%, 49,33% e 2,67%. Apenas 1 paciente relatou hiperosmia pós Covid-19. A média de alteração de olfato foi de 8 (em uma escala 0 a 10) e a duração média de tal sintoma foi de aproximadamente 20 dias.

Discussão: Os distúrbios do olfato podem ser classificados em distúrbios quantitativos e qualitativos, sendo anosmia e hiposmia quantitativos e fantosmia e parosmia, qualitativos. Anosmia consiste na perda completa da função olfativa, enquanto a hiposmia é apenas a capacidade reduzida de perceber odores. Já a parosmia é a percepção de odor distorcida enquanto a fantosmia é a percepção de odor na ausência de odor. Todos esses distúrbios afetam a qualidade de vida, saúde e segurança do paciente. Distúrbios olfativos pós-virais foram descritos há mais de 20 anos, sendo infecção do trato respiratório superior a causa mais comum, com prevalência de 11 a 40 % das causas gerais, destacando-se adenovírus, rinovírus, coronavírus, influenza. A COVID-19 é caracterizada por uma síndrome gripal e tem como principais sintomas mal-estar geral, febre, tosse, falta de ar, mialgia, artralgia, odinofagia, cefaleia, náuseas ou vômitos, diarreia pode também apresentar sintomas nasais destacando-se a perda ou alteração do olfato de forma súbita, grave e isolada. A anosmia constitui o principal sintoma rinológico da COVID-19 e, ao contrário do resfriado comum, geralmente não está associada a congestão nasal e rinorreia. A prevalência de distúrbios de olfato dos pacientes avaliados neste estudo foi de 52,7% sendo 33,78% anosmia confirmando a relevância de tal sintoma. A “perda de olfato” foi considerado um sintoma atípico, porém associado a formas mais brandas da COVID-19. A forma intensa e súbita e a frequência com que a anosmia relacionada à COVID-19 apresentou-se chamou atenção por ser incomum e foi, portanto, objeto de estudos, tornando-se um aliado importante na triagem precoce de pacientes tendo em vista o controle da doença. Observou-se em alguns estudos que a perda do olfato geralmente está associada a uma forma mais leve da doença em comparação com a doença grave. A maioria dos pacientes com relato de anosmia e hiposmia não tiveram necessidade de suporte hospitalar durante a doença, reforçando o valor prognóstico desse sintoma. A duração média dos distúrbios olfatórios na avaliação dos pacientes atendidos no HFA foi de aproximadamente 20 dias. Esse fato concorda com alguns estudos de mesmo cunho que descrevem a anosmia e hiposmia transitórias com duração média de 2 semanas em mais de 90% dos casos de COVID-19.

Conclusão: A prevalência de distúrbios olfatórios em paciente com COVID-19 foi alta no grupo entrevistado e maior em pacientes não hospitalizados. Quando comparada com outras doenças virais, a prevalência foi maior na COVID-19. Por se tratar de doença com impacto mundial isso se torna ainda mais importante, devido a necessidade de diagnóstico precoce e estabelecimento de medidas imediatas para evitar propagação da doença como distanciamento social e isolamento domiciliar. Os distúrbios olfatórios também podem ser relevantes no prognóstico já que os dados sugerem que a sua presença é inversamente proporcional à gravidade da doença. Portanto, esse achado é digno de nota e precisa ser mais explorado em estudos mais amplos.

Palavras-chave: COVID 19; distúrbios olfatórios; anosmia.

TCP1179 MELANOMA NASAL EM PACIENTE COM QUEIXA DE OBSTRUÇÃO NASAL E EPISTAXE: RELATO DE CASO

Autor principal: HENRIQUE DE ALMEIDA FRIEDRICH

Coautores: RAQUEL GONÇALVES BESSA, DIOGO BARRETO PLANTIER, MARCO TÚLIO SOLANO MATOS, THALLISSO MARTINS DA SILVA RODRIGUES, LARISSA DE OLIVEIRA LIMA SANTOS, TÚLIO BASSOLI

Instituição: Hospital do Servidor Público Municipal

Apresentação de caso: J.M.A, feminino, 65 anos, com história de tímpanoplastia e mastoidectomia à direita de longa data, em uso de aparelho de amplificação sonora em ouvido direito há 4 anos, apresentando como comorbidades, hipotireoidismo, dislipidemia e diabetes. Compareceu em consulta otorrinolaringológica apresentando queixa de obstrução nasal, rinorreia e plenitude aural bilateral, principalmente à direita. Realizada nasofibrosopia, foi vista lesão polipoide de coloração rósea proveniente de meato nasal superior em fossa nasal direita, sendo solicitada tomografia computadorizada de seios da face. Retornou com tomografia evidenciando aumento de dimensão de conchas nasais inferior e média à direita com componente hipodenso de partes moles no seu interior, com unidades osteomeatais obliteradas à direita por oposição mucosa, destacando imagem nodular com parcial realce periférico por contraste medindo cerca de 1cm. Paciente também começou a queixar de epistaxe de repetição proveniente de fossa nasal direita, com crescimento de lesão, ocupando quase toda fossa nasal direita. Foi realizada biópsia em centro cirúrgico devido risco de sangramento. A lesão foi removida parcialmente, de maneira a liberar meato nasal inferior e médio. Resultado de anatomopatológico mostrou neoplasia maligna pouco diferenciada com extensa necrose e imuno-histoquímica resultou em melanoma invasivo em mucosa de padrão respiratório. Realizado PET/CT, com aumento de metabolismos glicolítico em linfonodo cervical esquerdo e em região de fossa nasal direita, sem invadir lâmina cribiforme. Realizada ressecção endoscópica tumoral e linfadenectomia cervical esquerda. Resultado de anatomopatológico com linfonodo negativo e resíduo tumoral em seio etmoidal anterior. Paciente transferida para centro oncológico especializado, onde realizará nova abordagem cirúrgica para ressecção de resíduo tumoral. Após, passará por tratamento oncológico adequado.

Discussão: O melanoma primário de mucosa nasal e seios paranasais é um tumor raro, de comportamento imprevisível e prognóstico sombrio. Ao contrário dos melanomas de pele, não há fatores de risco. São mais frequentes em indivíduos maiores de 60 anos de idade, e as principais queixas otorrinolaringológicas são obstrução nasal, rinorreia e epistaxe. Normalmente são diagnosticados em estágios avançados, o que dificulta o tratamento cirúrgico.

Comentários finais: O melanoma nasossinusal é um tumor muito agressivo, que corresponde a menos de 1% de todos os melanomas e apresenta sintomas inespecíficos. Mesmo raro, deve ser incluído no diagnóstico diferencial das neoplasias unilaterais de fossa nasal, principalmente na presença de obstrução nasal e epistaxe em pacientes idosos que apresentem, ao exame físico, lesões em fossa nasal.

Palavras-chave: melanoma invasivo; tumor nasal; epistaxe.

TCP1180

TUMOR DE POTT: UMA SÉRIE DE CASOS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO**Autor principal:** JOSE ELIAS DA SILVA MURAD**Coautores:** GUSTAVO BACHEGA PINHEIRO, RHAYANE PATRICIA RODRIGUES DE OLIVEIRA, TAYANE OLIVEIRA PIRES, MIRIA MOREIRA CARDOSO SEVERINO, MAURÍCIO VILELA FREIRE, LARISSA FAVORETTO ALMEIDA**Instituição:** Hospital de Base do Distrito Federal**Apresentação do Caso**

Caso 1: Paciente do sexo masculino, 10 anos de idade, com história de cefaleia iniciada há 15 dias, evoluindo há 2 dias com edema em região frontal, associado a febre. História de trauma em região de fronte há cerca de 30 dias. Tomografia computadorizada de seios da face evidenciou secreção preenchendo toda a região frontomaxiloetmoidal à esquerda, associado a abscesso subperiosteal laminar na região frontal, medindo cerca de 3,2 x 0,5 x 1,2 cm. Paciente foi submetido à cirurgia endoscópica nasossinusal, evoluindo com melhora dos sintomas.

Caso 2: Paciente do sexo masculino, 15 anos, deu entrada no pronto socorro da otorrinolaringologia, com queixa de edema bupalpebral há cerca de 40 dias. Nos últimos 2 dias, evoluiu com cefaleia e piora do edema, associado à hiperemia e abaulamento em região frontal. À videoendoscopia nasal, visualizado mucosa edemaciada, com presença de grande quantidade de secreção purulenta em ambas as fossas nasais. Tomografia computadorizada de seios da face evidenciou sinais de sinusopatia inflamatória aguda frontomaxiloetmoidal esquerda, complicada com celulite na face, coleção subgaleal frontal e osteomielite do osso frontal. Paciente foi submetido à cirurgia endoscópica nasossinusal e antibioticoterapia, evoluindo com melhora dos sintomas.

Caso 3: Paciente do sexo masculino, 47 anos, com história de abaulamento em região frontal à direita há cerca de 2 meses, associado a cefaleia e dor local, com piora do quadro há 1 semana. À videoendoscopia nasal, visualizado secreção purulenta em meato médio à direita. Tomografia computadorizada de seios da face evidenciou coleção em região de seio frontal direito, erodindo as paredes anterior e posterior com extensão intracraniana, comprimindo polo frontal anterior ipsilateral, medindo cerca de 4 x 2,6 x 2,6 cm. Programada antibioticoterapia endovenosa e abordagem cirúrgica da equipe de otorrinolaringologia em conjunto com a equipe de neurocirurgia para craniotomia com drenagem de abscesso e sinusectomia endoscópica, evoluindo com melhora do quadro. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial com a otorrinolaringologia.

Caso 4: Paciente do sexo feminino, 62 anos, com relato de dor e edema em região periorbitária esquerda, associado a abaulamento em região frontal à esquerda há 5 dias, com piora nas últimas 24 horas. À videoendoscopia nasal, visualizado edema de mucosa nasal difuso, associado a secreção purulenta em meato médio à esquerda. Tomografia computadorizada de seios da face demonstrou sinais de sinusopatia inflamatória em seios maxilar e frontal, associado a erosão da parede anterior do seio frontal esquerdo e extensão do conteúdo para as partes moles adjacentes. Paciente foi submetido à sinusectomia frontal endoscópica draff IIa, evoluindo com melhora do quadro.

Discussão: A osteomielite do frontal é uma complicação rara de rinossinusite que pode ter evolução aguda ou crônica. Há reação inflamatória com aumento da pressão intra-óssea, isquemia e necrose local, levando à formação de abscesso ósseo. Geralmente se apresenta com edema flutuante na região frontal, resultante da destruição da tábua externa do osso frontal, associada a dor e febre. A disseminação infecciosa pode ocorrer por diferentes mecanismos, mais comumente através do osso frontal ou por meio de trombose das veias do plexo venoso dural. O diagnóstico precoce por meio de exames de imagem adequados aumenta a possibilidade de boa recuperação. O tratamento é clínico, com uso de antibióticos, e cirúrgico, por meio de cirurgia endoscópica nasal. A grande maioria dos pacientes tratados adequadamente se recupera sem complicações e sequelas neurológicas a longo prazo.

Comentários finais: O tumor de Pott deve ser um diagnóstico diferencial a ser considerado em pacientes com sintomas sugestivos de sinusite que apresentem abaulamento de região frontal. O correto diagnóstico e a intervenção precoce diminuem as chances de complicações intracranianas. A abordagem endoscópica permanece a mais recomendada para tratamento e resolução do quadro.

Palavras-chave: tumor de Pott; sinusite frontal; Osteomielite frontal.

TCP1181

ENDOSCOPIC ORBITAL DECOMPRESSION AS ADJUVANT TREATMENT FOR SUPERIOR RECTUS MUSCLE PYOMYOSITIS**Autor principal:** LUÍSA CORRÊA JANAÚ**Coautores:** THIAGO TORRES NOBRE, FERNANDA DE QUEIROZ MOURA ARAUJO, EDSON RODRIGUES GARCIA FILHO, RODRIGO LEMOS DA SILVA, FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA, DIEGO GADELHA VAZ, LEANDRO JOSE ALMEIDA AMARO**Instituição:** Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza - Universidade Federal do Pará

Case Presentation: A 21-year-old male patient was admitted to the emergency department due to severe headache, visual clouding, peripalpebral edema, proptosis and pain in the left eye associated with high fever. The patient was hospitalized and systemic antibiotic and corticosteroid therapy were started. On physical examination, proptosis and chemosis of left eye were observed, along with reduced ocular movement in all quadrants. On nasal endoscopy, catarrhal drainage was observed in the frontal sinus ostium topography and mucous edema in the frontal sinus ostium region, preventing its visualization. Laboratory tests showed leukocytosis and elevated inflammatory tests. Among serologies, patient tested positive for syphilis, and was also treated with benzathine penicillin. Computed tomography of orbit and sinuses showed an image suggestive of periosteal abscess in the upper region of left orbit, as well as bilateral opacification of the ethmoid, maxillary, and frontal sinuses on the left. On orbital magnetic resonance imaging (MRI), a well-delimited heterogeneous collection was observed in left orbital cavity in contact with the superior rectus muscle, also exerting extrinsic compression on the eyeball, deviating it anteriorly. Taking these characteristics into account, diagnostic hypothesis of orbital periosteal abscess as complication of left frontal rhinosinusitis was raised. Aiming to assist clinical treatment, a surgical approach to paranasal sinuses and orbit was proposed. We performed bilateral maxillary sinusotomy, left frontoethmoidectomy and left orbital decompression via endonasal approach, no purulent secretion or abscess was found, so an external orbital access was performed through a Lynch incision with exploration of the medial and superior subperiosteal space, and again no abscess or purulent secretion were found. After the surgery, a new MRI was performed, which showed an image suggestive of left superior rectus muscle enlargement in regression, suggesting orbital pyomyositis. The patient remained hospitalized for another 2 months, undergoing nasal lavage, topical and systemic corticotherapy and intravenous antibiotic therapy, evolving with recovery of visual acuity, ocular mobility, and resolution of proptosis, without further surgical procedures.

Discussion: Pyomyositis is characterized as a bacterial infection of the skeletal muscle, its occurrence in extrinsic eye muscles is rare, it can be found idiopathically or as a complication of chronic inflammatory diseases or rhinosinusitis, and may present with chemosis, proptosis, pain, edema, reduced ocular mobility and visual acuity associated or not with systemic signs. Endonasal orbital decompression was first described for the treatment of proptosis related to thyroid diseases in order to reduce optic nerve compression and preserve vision. Recently, it has been used as an adjuvant treatment for other proptoses, as in the case of the patient reported, who quickly recovered eye movement.

Final Comments: In view of the clinical history presented, it can be suggested that endonasal orbital decompression may be of great value as adjuvant treatment of patients with proptosis due to pyomyositis of the extrinsic ocular musculature.

Palavras-chave: orbital decompression; rhinosinusitis complication; orbital pyomyositis.

TCP1182 OSTEOMA DE OSSO FRONTAL - RELATO DE CASO

Autor principal: MARCO TULIO CRUZ BRAGA

Coautores: MARIO DE GEUS NETO, CAMILA AYUMI GOTO, SAMUEL BORGES BASSETTI, VITOR BITTAR PRADO, MARIA VICTORIA BASTOS TAVARES, JOSE ARRUDA MENDES NETO, LUCAS CHOI MARCHESANO

Instituição: Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

Apresentação do caso: Paciente masculino, 64 anos, atendido no Ambulatório de Rinologia com queixa de facialgia e obstrução nasal constantes há 2 anos, associadas a rinorréia amarelada e hiposmia diariamente há 20 anos. Referia uso de antibióticos com frequência de 4 vezes por ano. Paciente era previamente hipertenso, diabético, dislipidêmico, ex-tabagista (35 anos-maço) e portador de arritmia. À nasofibrosopia, apresentava sinais de atrofia bilateralmente, com desvio septal para esquerda, área III, grau III. Exame de tomografia computadorizada de seios da face evidenciava osteoma em recesso frontal direito, esclerose de paredes ósseas dos seios, com espessamento mucoso difuso, complexos óstio-meatais obliterados, septo nasal sinuoso, sem outras alterações.

Foi submetido a septoplastia setorial, antrostomia e etmoidectomia anterior e posterior bilateral, septectomia superior após confecção de retalho em teto de fossa nasal esquerda até identificação de primeiro ramo do nervo olfatório, DRAF III pela técnica Outside-In, com aspiração de grande quantidade de secreção purulenta em seio frontal bilateralmente, e ressecção parcial de osteoma com brocas cortante e diamantada de 4 mm.

No seguimento pós-operatório, já há mais de 1 ano da cirurgia, mantém-se sem queixas, tendo apresentado melhora completa da facialgia, da obstrução nasal e da rinorreia. Não apresentou mais necessidade de antibioticoterapia para sinusite aguda. Mantém uso de lavagem nasal com soro fisiológico. Óstios frontais permanecem pervios bilateralmente, assim como a janela septal, as etmoidectomias e as antrostomias.

Discussão: Osteomas compõem os tumores benignos mais comuns dos seios da face, sendo o seio frontal o mais comumente acometido. Geralmente assintomáticos, podem ser diagnosticados incidentalmente durante exames de imagem rotineiros, como radiografias e tomografias, onde apresentam imagens características hiperdensas, brilhosas e compactas. A depender do crescimento da lesão, pode causar cefaléia frontal ou sinusite frontal aguda devido à obliteração da drenagem do seio. O paciente também pode se queixar de deformidade estética. Nos casos sintomáticos, o diagnóstico diferencial é feito principalmente com a displasia fibrosa e o fibroma ossificante, porém estes apresentam características distintas aos exames de imagem. O paciente do caso apresentava queixa funcional importante e o diagnóstico foi realizado através da tomografia de seios da face.

As lesões assintomáticas podem ser acompanhadas clinicamente, sendo a abordagem cirúrgica nesses casos ainda controversa. No caso apresentado, a obstrução mecânica do osteoma gerava sintomas, sendo necessário retirá-lo. A programação cirúrgica inicialmente era de DRAF IIa, porém foi necessário realizar DRAF III. Apesar de o acesso ter sido difícil e extenso, não foi necessário realizar acesso externo.

Comentários finais: Osteomas são tumores comuns dos seios da face, na maioria das vezes assintomáticos. É necessário que o otorrinolaringologista tenha um bom julgamento clínico de quando abordar as lesões assintomáticas e um bom treinamento nas cirurgias sinusais, em especial do seio frontal, para quando sua indicação for necessária.

Palavras-chave: rinologia; osteoma; seios paranasais.

LOCALIZAÇÃO ATÍPICA DE DENTRE SUPRANUMERÁRIO EM SEIO MAXILAR: UM RELATO DE CASO

Autor principal: MARIA ANGELA ZAMORA ARRUDA GREGOLIN

Coautores: GILBERTO ULSON PIZARRO, IGOR NASCIMENTO BATISTA, RODRIGO DOS SANTOS NEVES, ANA BEATRIZ DE OLIVEIRA ASSIS, MARÍLIA ALVES ARAÚJO FERREIRA, ANA LUIZA FARIA DIAS, MARLON SOUZA COELHO

Instituição: Hospital Paulista de Otorrinolaringologia

Apresentação do caso: R.Z.C., 13 anos, sexo feminino, escolar, apresenta queixas nasais como rinorreia purulenta, dor facial, descarga posterior e cacosmia, paciente apresentou refratariedade dos sintomas mesmo após diversas antibioticoterapias (amoxicilina+ clavulanato, axetilcefuroxima e claritromicina).

Tomografia computadorizada de seios da face revelou, dentes supranumerários bilaterais, a direita um obstruindo óstio do seio maxilar e causando acúmulo de material de partes moles em todo seio maxilar (mucosele), outro em assoalho, sem complicações, a esquerda apresentava um dente em assoalho de seio maxilar, ainda sem a intrusão em seio. Optado pelo tratamento cirúrgico endonasal, onde identificou cisto dentário recobrimdo o mesmo, não foi possível a retirada dos outros dentes devido ao alto risco de fistula oroantral. Paciente evoluiu bem, com melhora completa dos sintomas nasais, sendo outros dentes sem interferência na fisiologia nasossinusal, a mesma deverá manter acompanhamento para avaliar evolução.

Discussão: Hiperdontia é uma anomalia congênita, definida como quantidade dentária superior ao normal. A etiologia ao certo ainda não é totalmente compreendida, porém estudos apontam influência multifatorial como distúrbios de desenvolvimento, genéticas e ambientais. Sua prevalência varia entre 0,8%-3,7%, mais frequente no sexo masculino. Dentes supranumerários raramente vão para localizações ectópicas, sendo alguns locais mais presentes: seio maxilar, côndilo da mandíbula, processo coronoide, órbita e cavidade nasal. Geralmente são assintomáticos, porém podem gerar sangramento nasal, dor facial, abscesso septal, fistula oroantral, dor em região de articulação temporomandibular, podendo ser um foco de infecção ou o próprio dente em localização atípica pode levar a formação de um cisto odontogênico.

Comentários finais: A sinusite que evolui de forma inadequada com tratamentos convencionais deve sempre avaliada com exames de imagem, como tomografia computadorizada de seios da face, raio x panorâmico ou ressonância magnética. No caso o dente extranumerário obstruiu óstio de drenagem do seio maxilar e causando sinusite refrataria, sendo necessário o tratamento cirúrgico.

Palavras-chave: dente supranumerário; sinusite; seio maxilar.

TCP1184 FIBROMA OSSIFICANTE DO OSSO FRONTAL - RELATO DE CASO

Autor principal: MARCO TULIO CRUZ BRAGA

Coautores: MARIO DE GEUS NETO, CAMILA AYUMI GOTO, SAMUEL BORGES BASSETTI, VITOR BITTAR PRADO, MARIA VICTORIA BASTOS TAVARES, JOSE ARRUDA MENDES NETO, PRISCILA CAVALIERI MASSON

Instituição: Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

Apresentação do caso: Mulher, 40 anos, previamente hígida, foi encaminhada ao serviço de rinologia com queixa de abaulamento em região frontal esquerda há cerca de 10 anos, de crescimento progressivo, mais evidente nos últimos 4 anos, relacionado a cefaleia frontal diária intensa há 3 anos, com melhora parcial com analgésicos comuns. Refere queda da própria altura há 11 anos, sem fratura, necessitando de sutura em supercílio esquerdo. Ao exame físico, apresentava edema endurecido em região frontal esquerda, medindo cerca de 3 x 2 cm, com leve desconforto à palpação. À nasofibrosopia, havia desvio septal à direita, áreas II-IV grau II, impedindo progredir o fibroscópio. A tomografia computadorizada de seios da face revelou lesão heterogênea de densidade de partes moles, com calcificações periféricas, em região medial do seio frontal esquerdo, de aproximadamente 3,2 x 2,6 x 1 cm. Na ressonância nuclear magnética de seios da face, apresentou lesão nodular em seio frontal esquerdo, de contornos regulares e limites bem definidos, medindo cerca de 2,1 x 0,9 cm, com sinal intermediário em T1 e T2 e realce intenso pelo contraste (hipervascular).

A paciente foi submetida a sinusectomia frontal por acesso externo. A incisão foi realizada de forma curvilínea, paralela ao supercílio esquerdo, até o ligamento cantal medial ipsilateral, com dissecação por planos e descolamento subperiosteal. Foi realizado broqueamento da tábua anterior do seio frontal, identificando a lesão e a delimitando, respeitando o limite da tábua posterior. A lesão foi retirada por completo e enviada à análise anatomopatológica. A falha óssea foi coberta com malha de titânio de 4 cm e fixada com parafusos de 1,5 mm. Complementou-se a cirurgia com abordagem endonasal (Draf 2a) para controle pós-operatório do seio frontal.

A paciente evoluiu bem e teve alta no 2º dia pós-operatório. Após 30 dias, apresentava leve hiperalgesia frontal e cacosmia intermitente e, ao exame físico, leve edema frontal esquerdo e ferida operatória em bom aspecto. A nasofibrosopia demonstrou, à direita, sinéquia entre concha média e septo, além de óstio maxilar acessório com recirculação, e, à esquerda, antrostomia maxilar e etmoidectomia pérvias e sem secreção.

Avaliação anatomopatológica descreveu fragmento irregular de tecido, medindo 2,1 x 2 x 0,5 cm, apresentando aspecto finamente granuloso e cor creme, de consistência pétrea, com diagnóstico de fibroma ossificante.

Discussão: O fibroma ossificante é uma lesão óssea benigna rara, localmente agressiva, que requer ressecção cirúrgica (1). É mais frequente na mandíbula, seguido da maxila, e raro em seios paranasais, órbita e base de crânio (2). É assintomática, até gerar abaulamento ou deformidade estética (3). Seu principal diagnóstico diferencial é a displasia fibrosa monostótica, com comportamentos clínico e de imagem semelhantes, sendo o anatomopatológico essencial para o diagnóstico, como no caso apresentado (4).

Não há evidência de superioridade entre as técnicas endoscópica ou aberta. A abordagem é definida pela localização da lesão e possibilidade de remoção completa, que deve ser o objetivo do tratamento. Ressecção subtotal é considerada em localizações críticas, com risco de lesão de nervo óptico e artéria carótida interna (1).

No caso, a localização em porção anterior do seio frontal permitiu acesso externo com maior facilidade para remoção completa e segura, complementada pela endonasal para controle ambulatorial do seio frontal via nasofibrosopia.

Comentários finais: O fibroma ossificante é raro, provavelmente subdiagnosticado por seu curso insidioso e geralmente assintomático. A confirmação anatomopatológica é essencial para o diagnóstico, sendo realizada apenas no pós-operatório.

Tanto a técnica aberta quanto a endoscópica mostraram-se eficazes no tratamento da doença, mas a escolha varia para cada caso, podendo, como relatado, ser complementar.

O reconhecimento precoce da doença, seu diagnóstico diferencial e tratamento adequado necessitam preparo e treinamento adequado do otorrinolaringologista.

Palavras-chave: rinologia; fibroma ossificante; seios paranasais.

TCP1185 CISTO DERMOIDE DO NARIZ: UMA MALFORMAÇÃO RARA E IMPORTANTE DE SER RECONHECIDA E ABORDADA

Autor principal: IARA CAMARGO MANSUR

Coautores: LIVIA SCHIRMER DECHEN, DAYANNE ALINE BEZERRA DE SÁ, FERNANDA HATAB DE CASTRO, RAQUEL FERREIRA MOREIRA, CAMILA SUICA DO NASCIMENTO, LUCAS GONÇALVES PINHEIRO, BÁRBARA MONTEIRO PASSOS

Instituição: Hospital Santa Marcelina

Apresentação do caso: Paciente E.M.S, gênero feminino, 10 anos de idade, procurou o Hospital Santa Marcelina com queixa de nodulação em região nasal paramediana a direita com presença de pelo sentinela, associado a um orifício em dorso nasal, sem outras queixas associadas. Realizada ressonância magnética contrastada, foi observada diminuta imagem alongada com hipersinal em T2/FLAIR e tênue impregnação periférica pelo meio de contraste paramagnético, sem repercussão na sequência ponderada em difusão, junto ao dorso nasal na linha paramediana, medindo cerca de 9,4 x 3,5mm nos maiores eixos aferidos no plano sagital, não se observando comunicação com o compartimento intracraniano ou trajeto. Discutido caso, foi optado pelo tratamento cirúrgico do cisto.

Discussão: O cisto dermoide do nariz é uma entidade rara, podendo ou não estar associado a uma fístula. Algumas teorias embriológicas tentam explicar sua origem, uma das mais aceitas consiste na persistência de ectoderma por um defeito de fechamento do neuroporo anterior. No diagnóstico dessa afecção, é de suma importância a realização de exame radiológico contrastado para investigação de um possível trajeto fistuloso, além da análise pré operatória. O diagnóstico diferencial deve ser realizado com lipomas, gliomas, neurofibromas, encefalocelos, cisto sebáceo e furúnculo. O tratamento do cisto dermoide envolve a ressecção precoce da lesão, com cuidado de realizar remoção completa da afecção, evitando, desta forma, uma recidiva. A paciente em questão procurou o serviço de saúde somente por uma insatisfação estética com o cisto dermoide, porém, apesar de raro, à medida que o volume da lesão aumenta, podem ocorrer compressões ósseas, infecções e abscessos, desta forma, sua abordagem transcende a questão plástica. Após a remoção, a depressão do dorso nasal pode ser corrigida por cartilagem, osso, enxerto de fáscia de músculo ou tecido subcutâneo.

Comentários finais: O cisto dermoide, apesar de raro, tem seu reconhecimento e abordagem precoce de suma importância uma vez que pode se associar com complicações graves. Além disso sua exérese completa deve ser realizada, evitando assim recidivas.

Palavras-chave: cisto dermóide; cisto dermóide nasal; malformação.

TCP1186 RARA APRESENTAÇÃO DE ACTINOMICOSE EM SEIOS PARANASAIS: UM RELATO DE CASO

Autor principal: JHOLBERT CARDOSO SANTANA

Coautores: FELIPE DA SILVA BRAZ, NATHÁLYA RODRIGUES QUEIROZ, TAYNARA LUÍSA DE MELLO HELIODORO, RHAEL SOUSA RODRIGUES, RICARDO ARAUJO MEIRA ALMEIDA, HUGO VALTER LISBOA RAMOS, CLAUDINEY CANDIDO COSTA

Instituição: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

Apresentação do caso: Paciente, sexo masculino, 51 anos, atendido em pronto socorro de otorrinolaringologia com quadro de miíase nasal. Em abordagem inicial foi realizada retirada de larvas com pinça Takahashi sob visualização com ótica 0º/4mm/18 cm. Em nasoscopia foi evidenciado intensa rinorreia de aspecto purulento em ambas as fossas nasais, mucosa nasal friável com aspecto granulomatoso, além de destruição de septo nasal posterior. Foi realizado, então, tamponamento nasal com gazes embebidas com iodofórmio e lidocaína gel e prescrito analgesia, ivermectina e antibioticoterapia (amoxicilina+clavulanato). Paciente retornou após 48 horas, onde foi feito retirada do tampão e larvas mortas. Manteve-se uso de antibiótico até completar 14 dias. Em coleta de história clínica, paciente relatou que há aproximadamente 8 meses apresentava-se com facialgia em pressão, principalmente em região maxilar direita, associada a rinorreia fétida e sensação de gotejamento posterior. Sem investigação prévia. Negava lesões cutâneas, febre, emagrecimento e outros sintomas sistêmicos. Em oroscopia evidenciada dentição em bom estado de higiene e preservação, sem lesões em mucosa oral. Paciente retornou após 14 dias, com melhora parcial dos sintomas. Em nasofibroscopia flexível evidenciou-se melhora da rinorreia, porém cavidade nasal muito acometida. Optado por realizar biópsia nasal em ambulatório a fim de investigar doenças granulomatosas. Em exame de cultura evidenciou-se *Actinomyces israelii*. O exame histopatológico relatou presença de grânulos de enxofre. Tomografia de seios da face evidenciou velamento localizado em seios maxilar direito e esfenóide direito, bem como destruição de septo nasal ósseo em área V de cottle. Dessa forma paciente foi encaminhado para ambulatório de infectologia, onde foi assumido diagnóstico de actinomicose nasal, sendo então prescrito Doxiclina associado a cirurgia endoscópica nasal para exérese de crostas, septo nasal doente e sinusectomia maxilar direita e esfenoidal direita. Paciente mantém seguimento ambulatorial com equipe de otorrinolaringologia até os dias atuais, com melhora total dos sintomas.

Discussão: A Actinomicose é uma infecção rara, indolente e lentamente progressiva que em geral se associa a sintomas inespecíficos. Causada por bactérias Gram positivo, filamentosas, anaeróbias ou microaerofílicas, do gênero *Actinomyces* sp. em mais de 98% dos casos. A actinomicose cervical tem, maioritariamente, causa odontogénica, nomeadamente a partir de um dano na mucosa, causado por higiene oral desadequada ou trauma. Apesar disso, outras localizações para infecção primária têm vindo a ser descritas, nomeadamente língua, seios paranasais, ouvido médio, laringe, canais lacrimais e glândula tiroidea. A actinomicose dos seios paranasais é uma sub entidade da actinomicose cervicofacial, sendo portanto muito rara, na qual o seio maxilar é o mais acometido, no entanto, pode haver envolvimento do etmoide e do seio esfenoidal. O acometimento parasinusal geralmente afeta mulheres na quinta década de vida, ao contrário da demografia da actinomicose cervicofacial, que é quatro vezes mais comum em homens na segunda a quinta década de vida. Neste caso em questão observa-se um paciente do sexo masculino, previamente hígido, imunocompetente, sem manifestações sistêmicas associadas, com foco primário sendo os seios maxilar e esfenoidal direito. O diagnóstico é baseado na cultura do material colhido por biópsia, associado ao estudo anatomopatológico que evidencia formação de pequenos nódulos designados grânulos de enxofre.

Comentários finais: A Apresentação enigmática da actinomicose em um caso abordado inicialmente com uma sinusite crônica diagnosticada após quadro de miíase nasal torna este um caso interessante em que a rota da infecção ainda é desconhecida. Este é um caso raro de inoculação de *Actinomyces* em um paciente sem histórico de abordagem cirúrgica nasal ou sinusal prévia, ou seja, na ausência de um fator de risco. Este caso está sendo relatado, a fim de acrescentar à literatura disponível mais informações acerca deste assunto.

Palavras-chave: actinomicose; seios paranasais; sinusite crônica.

TCP1187 TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DE SEIO ETMOIDAL

Autor principal: GUILHERME LUIS DA SILVA FRANCHE

Coautores: ISABEL SAORIN CONTE, LUISA MOSTARDEIRO TABAJARA FRANCHE

Instituição: *Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre*

Paciente ,67 anos, feminina, apresenta desconforto no olho esquerdo e cefaleia Fronto etmoidal esquerda. Teve diagnóstico de Tumor solitário fibroso no seio etmoide esquerdo há 16 anos, sendo operada. Apresentou boa evolução, tendo alta dez anos posterior. Endoscopia com lesão polipoide ocupando o seio etmoidal esquerdo. TC e RM com lesão expansiva comprometendo células etmoidais posteriores e superiores à esquerda estendendo-se medialmente com comprometimento da órbita e superiormente compromete o endocrânio junto à fossa craniana anterior. Submetida a nova cirurgia

O Tumor fibroso solitário da cavidade nasal e dos seios paranasais é extremamente raro. Acomete mais frequentemente adultos sem preferência de sexo. A obstrução nasal é o sintoma mais frequente. Outros sintomas menos frequentes são anosmia, epistaxe, dor facial e distúrbios visuais por compressão da órbita. A maioria destes tumores é benigna. O tratamento de eleição é a ressecção cirúrgica. Radioterapia tem sido escrita, mas sem benefício comprovado.

Este relato salienta a importância do reconhecimento do Tumor fibroso solitário no diagnóstico diferencial de outros tumores da cavidade nasal. Neste caso a paciente tinha sido operada por via endoscópica na primeira cirurgia e mesmo depois de 16 anos sem sinais de recidiva apresentou nova lesão em área adjacente, necessitando abordagem externa e endocraniana

Palavras-chave: tumor benigno; seio etmoidal; tumor fibroso solitário.

TCP1188 CISTO NASOLABIAL: RELATO DE CASO

Autor principal: FERNANDA VITÓRIA MELO FERNANDES MAGELA

Coautores: RAFAEL SABA ALBERTINO, THÁIS RODRIGUES BEZERRA NUNES, GLAYSON SOARES MELO DA COSTA, OSWALDO OLIVEIRA DO NASCIMENTO JUNIOR, MARCELO BRAZ VIEIRA, ANTONIO ANTENOR RODRIGUES LOPES NETO

Instituição: *Hospital das Forças Armadas*

Apresentação do caso: Paciente de 49 anos, sexo feminino, compareceu na Clínica de Especialização em Otorrinolaringologia do Hospital das Forças Armadas do Distrito Federal, com queixa de nódulo doloroso em narina esquerda, há 15 dias, evoluindo com dor de intensidade moderada em hemiface esquerda e obstrução nasal.

Ao exame físico, foi visualizado abaulamento em região sublabial esquerda e em assoalho de vestíbulo nasal ipsilateral com ponto de drenagem purulenta.

Foi instituído antibioticoterapia para um possível cisto nasolabial infectado, apresentando boa resposta clínica e melhora da queixa álgica. Ao exame tomográfico após tratamento com antibiótico, evidenciou-se formação arredondada, com densidade de líquido, situada nas partes moles da região nasolabial esquerda, com realce periférico ao meio de contraste, medindo 10 x 10 mm.

Por fim, paciente foi submetida a procedimento cirúrgico para exérese do cisto nasoalveolar, sendo confirmado diagnóstico de cisto nasolabial por meio da análise histopatológica.

Discussão: O cisto nasolabial é raro, apresenta-se como uma lesão que acomete tecidos moles do lábio superior e vestíbulo nasal, sendo cerca de 7% dos cistos maxilares. Em 90% dos casos é unilateral, mais frequente no sexo feminino, na faixa etária entre 40 e 50 anos.

Clinicamente manifesta-se com protrusão do lábio superior, elevação da asa do nariz, abaulamento do sulco nasolabial, assimetria facial e obstrução nasal.

Em 50% dos casos existe infecção associada ao cisto nasolabial, ocorrendo sintoma álgico, aumento rápido de volume da lesão, bem como drenagem do conteúdo cístico tanto por via nasal quanto intraoral.

O diagnóstico é clínico associado a achados radiográficos e exame histopatológico. O tratamento da lesão, pode ser por aspiração com agulha fina, incisão e drenagem ou por meio da enucleação cística por acesso intraoral. Outra opção é a marsupialização da lesão por via endoscópica ou ainda a injeção intralesional de agente esclerosante.

Comentários finais: Portanto, o relato do caso traz à Discussão a importância da investigação diante da presença de fatores de riscos, bem como de sinais e sintomas clínicos pertinentes. Uma vez que, é uma doença tratável e, na maioria dos casos, com pouca recidivante.

Palavras-chave: cisto nasolabial; cisto nasoalveolar; obstrução nasal.

TCP1189 PÓLIPO ANTROCOANAL - RELATO DE CASO

Autor principal: JÚLIA VIDAL CARAMORI

Coautores: ALINE EMER FAIM, ALINE SUZIE GOMES, ISABELLA MARIA OLIVEIRA MIRANZI, RAFAELA ABRAMOSKI RIBEIRO, ABNER DE OLIVEIRA GRIPP DONATO, JULIANA GUEDES AMORIM MENDONÇA, MARINA AMORIM BATISTA DE VASCONCELOS

Instituição: Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Apresentação do caso: MRH, 24 anos, feminino, afrodescendente, com histórico de rinite alérgica. Iniciou seguimento no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto em novembro de 2021 com queixa de aumento do tamanho da amígdala esquerda e disfagia há 3 meses. Presença de odinofagia, obstrução nasal, roncos e perda ponderal (não aferida) associados. Ao exame: oroscopia com amígdalas grau 1 bilateralmente e lesão volumosa posterior à úvula proveniente de rinofaringe. Exame de vídeo endoscopia nasal: pólipos de aspecto inflamatório provenientes de meato médio a direita com extensão para cavum. Solicitada tomografia de seios da face (TC).

Paciente retornou em abril de 2022 referindo engasgos, piora da obstrução nasal e dispnéia intermitente. Resultado da TC evidenciou velamento completo de seio maxilar direito com alargamento do óstio deste seio e lesão com densidade de partes moles ocupando cavidade nasal, rino e orofaringe de cerca de 7,0 cm de extensão. Ao exame: oroscopia com lesão de aspecto polipóide avançando para inferior da base da língua.

Devido desconforto respiratório optado por abordagem cirúrgica de urgência. Realizada cirurgia endoscópica nasal com ampliação do óstio maxilar direito e ressecção da lesão polipóide por fossa nasal direita.

Anatomopatológico: lesão de aspecto morfológico sugestivo de Pólipo Antrocoanal sem atipias.

No seguimento: paciente teve boa evolução no pós operatório, com remissão dos sintomas e exames de nasofibrosopia subsequentes sem sinais de recidiva do pólipo.

Discussão: O pólipo antrocoanal ou pólipo de Killian é uma lesão polipóide geralmente única, benigna, que acomete predominantemente crianças e adultos jovens. Origina-se de uma hipertrofia da mucosa do antro do seio maxilar próximo ao óstio e desenvolve-se para cavidade nasal em direção à coana e parte posterior da nasofaringe, podendo estender-se até a orofaringe. Estudos sugerem que sua origem se deve a formação de um cisto próximo ao óstio maxilar. O efeito de Bernoulli, perpendicular ao óstio, projetaria a lesão para a cavidade nasal.

Raramente tem origem nos seios esfenoidal ou etmoidal. Ele aumenta de volume rapidamente e passa a ficar cada vez mais edematoso. Manifesta-se por uma obstrução nasal, geralmente unilateral, mas pode ser bilateral nos casos em que o pólipo é extremamente volumoso. Pode surgir secreção mucosa ou muco-purulenta. A epistaxe, roncos noturnos e respiração bucal podem ser sintomas associados.

A nasofibrosopia associada à tomografia computadorizada são padrão-ouro para diagnóstico, geralmente com alargamento do complexo ostiomeatal e extensão da massa para coanas. A parede posterior do seio maxilar é o sítio de maior incidência de surgimento e apresenta duas porções distintas: porção intrassinusal de aspecto cístico e porção intranasal de aspecto sólido. Microscopicamente, mostra-se revestido de epitélio respiratório normal e edema no estroma.

Os principais diagnósticos diferenciais são grande cisto mucoso de retenção, tumor de antro maxilar, mucocele, sinusite maxilar e meningoencefalocèle. O tratamento é exclusivamente cirúrgico, os mais utilizados são a cirurgia endoscópica e a técnica de Caldwell-Luc. Apesar de seguir rigorosamente as técnicas cirúrgicas preconizadas, ainda ocorre, com relativa frequência, recidiva do pólipo. Por isso é recomendada a exploração antral com remoção completa da doença sinusal maxilar.

Comentários finais: A Polipose Antrocoanal tem crescimento progressivo, é mais comum em crianças e tem tendência a recidivar quando não realizada a técnica cirúrgica adequada. Sua suspeição depende de uma boa avaliação clínica associada a propedêutica direcionada, com videonasofibrosopia e tomografia computadorizada. O diagnóstico precoce reduz morbidade além de permitir uma abordagem cirúrgica com maiores chances de sucesso definitivo. A paciente deste relato foi submetida a cirurgia endoscópica nasal, sem intercorrências, com remoção total da lesão bem como da sua inserção com boa evolução e remissão dos sintomas.

Palavras-chave: pólipo antrocoanal; seio maxilar; cirurgia endoscópica nasal.

TCP1190

RELATO DE CASO: ACTINOMICOSE EM CAVIDADE NASAL QUE SIMULAVA RINOLITÍASE**Autor principal:** CLARICE REIS DE OLIVEIRA**Coautores:** GUSTAVO DUARTE NASCIMENTO, MATHEUS VICTOR RANGEL BARBOSA, PATRICIA ROSA NUNES, RODRIGO PÊGO FRANCO, SOFIA PEREIRA TIRONI, CHENG T-PING, SÉRGIO EDRIANE REZENDE**Instituição:** Instituto de Otorrinolaringologia de Minas Gerais

Apresentação do caso: Homem, branco, 65 anos, compareceu por obstrução nasal esquerda crônica, sem relatar rinossinusites de repetição, rinorréia purulenta, cacosmia, epistaxe ou outros sintomas nasais. É organizador de eventos e negou doenças sistêmicas, cirurgias nasais e odontológicas, e traumas da face. Na rinoscopia apresentou tumor obstrutivo na narina esquerda, endurecido, mal delimitado, superfície escura e sem vasos ectásicos, que ocupava o assoalho, meato inferior e médio, e não possibilitava visibilizar estruturas posteriores. Sem secreção purulenta e fetidez nasal. A narina direita e o palato estavam sem alterações. A tomografia da face identificou na narina esquerda um tumor sólido, de densidade óssea, contornos irregulares, no terço médio do assoalho nasal e parte do meato inferior e médio, sem erosão óssea adjacente. Havia também cisto maxilar esquerdo, e não havia outras alterações rinossinusais. O tumor foi retirado completamente por vídeo endoscopia nasal sob anestesia geral, em fragmentos endurecidos que estavam aderidos à mucosa, o que provocou sangramento difuso e abundante, sem intercorrências. Foi realizada também a antrostomia maxilar para retirada do cisto. O resultado do anatomopatológico foi material amorfo com numerosas colônias bacterianas e grande número de *Actinomyces* sp. Após este resultado, foi indicada a amoxicilina por quatro semanas. O paciente apresentou melhora da obstrução nasal no pós-operatório.

Discussão: O diagnóstico inicial no pré-operatório foi a rinolitíase porque a tomografia era sugestiva, embora não houvesse relato de introdução de corpos estranhos, cirurgias ou traumas nasais prévios, e achados como secreção fétida ou fetidez nasal. A rinolitíase é rara, geralmente unilateral e é encontrada em todas as idades, principalmente entre a quarta e quinta década de vida. Os rinolitos nas cavidades nasais são compostas por sais minerais que se depositam sobre um núcleo, cuja origem pode ser exógena (corpos estranhos introduzidos, como sementes, ou restos de materiais cirúrgicos, como gatinha, algodão e fios) ou endógena (coágulos, crostas de secreções, fragmentos ósseos, dentes atópicos). Ocorre um processo inflamatório sobre este material e acúmulo de sais de magnésio e de cálcio que adquirem coloração acinzentada, negra ou castanha. Geralmente localizam-se no terço médio do assoalho nasal. O diagnóstico de actinomicose veio após o resultado do anatomopatológico. O *Actinomyces* pode fazer parte da flora bacteriana habitual da cavidade oral. Para tornar-se patogênico ela necessita de duas condições: a inoculação da bactéria através de uma mucosa lesionada e a criação de um ambiente anaeróbico favorável para a multiplicação bacteriana. Ela manifesta-se principalmente em casos de imunodepressão, como câncer, HIV, diabetes, desnutrição ou uso de medicamentos imunossupressores, situações ausentes neste paciente.

A actinomicose é rara, causada por bactéria gram-positiva, anaeróbia ou anaeróbia facultativa, sendo que das espécies de *Actinomyces*, a *Actinomyces israelii* é a mais encontrada nas infecções. As formas clínicas são a cervicofacial em 50% dos casos, abdominopélvica em 23% e toracoabdominal em 13%. A actinomicose da cavidade nasal é rara, com poucos casos descritos, e faz parte da forma cervicofacial, que pode ter duas apresentações clínicas, uma de progressão lenta, com formação de tumor indolente, e outra, de evolução rápida, com infecção aguda, dor, febre e processo inflamatório. O tratamento é a combinação de antibioticoterapia e cirurgia. A penicilina, por quatro a seis semanas, é o antibiótico de escolha. A cirurgia isoladamente não cura a actinomicose, mas é indicada para remover o tumor, tecidos lesionados e abscessos. Os diagnósticos diferenciais são rinolitos, sinusite fúngica e neoplasias.

Comentários finais: Apresentamos um caso incomum de actinomicose que simulava rinolitíase, cujo único sintoma era obstrução nasal. A importância de ter sido detectado actinomicose no anatomopatológico foi para indicar a complementação do procedimento cirúrgico com a antibioticoterapia, que é parte fundamental do tratamento.

Palavras-chave: actinomicose cavidade nasal; rinolitíase; obstrução nasal.

TCP1191

**CORPO ESTRANHO PENETRANTE DE ÓBITA COM COMPROMETIMENTO DE SEIOS DA FACE:
UM RELATO DE CASO****Autor principal:** SOFIA FONTES DE OLIVA COSTA**Coautores:** PEDRO JULIANO DE MESQUITA FERREIRA, FABIO PORTELLA GAZMENGA, EDUARDO VIEIRA COUTO**Instituição:** UNICAMP

Descrição do Caso: Paciente, masculino, 67 anos, vítima de trauma por queda da própria altura, sem perda de consciência, com perfuração de região periorbitária direita por corpo estranho identificado como galho de árvore, admitido no pronto atendimento com suspeita de perfuração de globo ocular, epistaxe autolimitada e redução da acuidade visual súbita bilateral. Ao exame físico observado corpo estranho perfurando região inferior da órbita direita, globo ocular com laceração superficial sem rotura, motricidade ocular à direita com avaliação limitada e preservada a esquerda, midríase fixa bilateral associado a amaurose bilateral. Rinoscopia anterior com crostas hemáticas, sem sangramentos ativos e sem sinais de rinoliquorria. Na tomografia computadorizada foi evidenciado corpo estranho atravessando a órbita direita com trajeto medial ao globo ocular deste lado, transfixando o músculo reto medial, parede medial da órbita direita e segmento posterior da lâmina cribiforme, associado a fraturas do trabeculado etmoidal, do vômer, fratura da parede medial da órbita esquerda com desvio lateral dos fragmentos, em topografia de ápice orbitário reduzindo significativamente as suas dimensões, com consequente compressão do nervo óptico. Associado também apresentou fraturas da parede anterior do seio esfenoidal esquerdo e o assoalho da órbita direita, acometimento do forame infra-orbitário, herniação da gordura extraconal, mas sem sinais de aprisionamento de musculatura extrínseca. Descartado acometimento vascular de artérias intracranianas e oftálmicas por Angiotomografia de crânio. O paciente foi submetido à cirurgia por abordagem combinada de via externa associada com via endoscópica nasal, foi realizada pequena incisão para ampliação do orifício de entrada pela via externa e pela via endoscópica foi realizada uncifectomia e antrostomia de seio maxilar direito, com visualização direta de corpo estranho durante sua remoção. Paciente permaneceu internado durante 05 dias recebendo antibioticoterapia, não evoluiu com outras complicações. No seguimento ambulatorial apresentou enoftalmia e restrição da mobilidade ocular do olho direito, além de ptose palpebral e estrabismo convergente, apresentando midríase fixa de olho direito e média midríase de olho esquerdo com pupilas pouco fotorreagentes.

Discussão: Os traumas orbitários penetrantes podem ocasionar consequências graves como deficiência visual e ruptura de globo ocular, bem como lesões de estruturas neurovasculares que rodeiam a região da órbita. Traumas penetrantes correspondem a cerca de 30-50% das lesões orbitárias, são consideradas lesões complexas e em muitos casos são necessárias abordagens multidisciplinares. O prognóstico depende da gravidade da lesão e o envolvimento da órbita, o corpo estranho impactado em órbita pode ser orgânico ou inerte. Corpos estranhos orgânicos como madeira precisam ser removidos o mais cedo possível devido ao alto risco de infecção associado. Materiais inertes como vidro, plástico ou aço estão associados com menor risco de infecção, e uma decisão de remover eles devem ser baseados em fatores como local de impacto, tamanho do corpo estranho, potencial de lesões secundárias e hemostasia. No caso em questão, as complicações oculares e visuais ocorreram em olho ipsilateral por consequência às lesões traumáticas e no olho contra lateral devido à compressão do nervo óptico pelo corpo estranho. A cirurgia realizada foi minimamente invasiva, com objetivo de preservação da função, com resultado de sequelas dentro do esperado para o trauma.

Comentários finais: A abordagem de traumas orbitários é um desafio visto que a variabilidade dos mecanismos de trauma podem levar ao acometimento de diferentes estruturas, não havendo protocolo bem estabelecido para a melhor forma de abordagem cirúrgica. Desse modo, uma boa avaliação clínica complementada com exames de imagem nos auxilia na melhor decisão cirúrgica. O caso exposto não apresentou sequelas importantes, visto preservação de estruturas vitais, garantida pela abordagem multidisciplinar.

Palavras-chave: corpo estranho; visão; seios da face.

TCP1192 ABORDAGEM DE PÓLIPO ANTROCOANAL EM PACIENTE DO SEXO FEMININO.

Autor principal: CAROLINA SANDI KUNZ

Coautores: RENATO ROITHMANN, ROBERTO DIHLANGELI, BRUNA MIRAPALHETE BELLINASSO, CRISLLI PREUSSLER CHIARADIA, MURIEL FERREIRA DA SILVA, NATÁLIA REBELATTO VANZ, LETÍCIA PETTERSON

Instituição: Universidade Luterana do Brasil (Ulbra)

Apresentação do caso: Paciente A.S.D.S, feminina, 20 anos, procurou atendimento otorrinolaringológico por queixa de massa em região de orofaringe, obstrução nasal completa em fossa nasal direita e parcial em fossa nasal esquerda, hiposmia e rinorreia hialina há cerca de 2 meses. Negava cefaléia, asma, alergia a AINES e outras comorbidades. Na avaliação da cavidade oral foi identificada lesão de aspecto polipóide proveniente de rinofaringe obstruindo parcialmente a orofaringe em aproximadamente 50%. Na avaliação endoscópica nasal evidenciou-se concha média polipóide e massa de aspecto polipóide proveniente do meato médio e obstruindo toda a fossa nasal direita, impossibilitando a progressão até a região do cavum. Na fossa nasal esquerda foi visualizada lesão polipoide proveniente da fossa nasal direita obstruindo aproximadamente 40% da coana. A tomografia dos seios da face demonstrou massa lobulada ocupando a fossa nasal direita, em continuidade com as conchas médias e inferior, medindo cerca de 6,0 x 2,6 x 1,8 cm, que atinge o nível da margem superior da epiglote além de alargamento do complexo óstio-meatal a direita.

Realizou-se a exérese da lesão por meio de antrostomia maxilar à direita pela técnica endoscópica nasal e também realizou-se turbinectomia parcial de concha média para acesso ao processo uncinado direito. Os achados intraoperatórios evidenciaram lesão de aspecto polipóide da parede medial do seio maxilar direito com extensão até a rinofaringe. O diagnóstico anatomopatológico da lesão foi de pólipos edematosos medindo 6,5 x 2,5 x 2,3 cm. A paciente evoluiu sem intercorrências e não houve recidiva da lesão nas consultas subsequentes ao procedimento.

Discussão: O pólipo antrocoanal, também chamado de pólipo de Killian, é uma lesão benigna que se origina da mucosa do seio maxilar e estende-se em direção à coana. O principal sintoma relatado pelos pacientes é a obstrução nasal, geralmente unilateral. É mais frequente em crianças e adultos jovens e ocorre predominantemente em pacientes do sexo masculino, com relação de 2: 1 segundo alguns estudos. Seu diagnóstico é realizado através de anamnese completa, associada a videonasoendoscopia e tomografia computadorizada de seios da face. Tem como diagnósticos diferenciais os tumores de antro maxilar, mucocelos, sinusite maxilar e meningoencefalocelos. O tratamento é feito exclusivamente através de remoção cirúrgica total da lesão e de sua inserção, geralmente localizada na parede lateral ou posterior do seio acometido. Tem como principal causa de recidiva a remoção incompleta da lesão ou a não remoção do pedículo de inserção.

Comentários finais: O pólipo de Killian é um tumor benigno, de crescimento progressivo que tem como principal sintoma a obstrução nasal. Apesar de ocorrer predominantemente em pacientes do sexo masculino, o caso relatado trata-se de paciente do sexo feminino. Seu diagnóstico precoce reduz a morbidade e permite uma abordagem cirúrgica com maiores chances de sucesso.

Palavras-chave: pólipo de Killian; pólipo antrocoanal; pólipo nasal.

TCP1193 ATRESIA DE COANA UNILATERAL: RELATO DE CASO**Autor principal:** ANA PAULA RIBEIRO REIS**Coautores:** JÚLIA VIDAL CARAMORI, ALINE SUZIE GOMES, ISABELLA MARIA OLIVEIRA MIRANZI, JULIANA GUEDES AMORIM MENDONÇA, RAFAELA ABRAMOSKI RIBEIRO, ABNER DE OLIVEIRA GRIPP DONATO, CAROLINE PERIN**Instituição:** Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Apresentação do caso: T.O.A., 23 anos, feminina, sem comorbidades, procurou atendimento em ambulatório de Otorrinolaringologia na Santa Casa de Misericórdia, com quadro de obstrução nasal à direita e rinorreia hialina, desde a infância, sendo submetida a diversos tratamentos medicamentosos sem melhora do quadro. Realizada nasofibrosopia para melhor avaliação do sintoma da paciente, que identificou obliteração de região posterior de fossa nasal direita sem permitir passagem do aparelho. Em seguida procedeu-se a solicitação de Tomografia Computadorizada de seios da face para avaliar a constituição da atresia e posteriormente programar o tratamento cirúrgico, sendo observado: atresia de coana (AC) direita com componente ósseo e mucoso. Foi proposto tratamento cirúrgico com abordagem endoscópica via transnasal sem colocação de stent. Pós-operatório tardio com remissão das queixas da paciente. Nasofibrosopia após dois meses do procedimento: coana direita pèrvia, área de retallo superior e inferior em bom aspecto.

Discussão: A Atresia de Coana é uma malformação congênita nasal, rara, cuja incidência varia de 1: 5.000-8.000 nascidos vivos, caracterizada pela obliteração completa das coanas posteriores com incidência maior no sexo feminino (2: 1) e mais comum associada a outras malformações. A forma unilateral é mais frequente que a bilateral, sendo o lado direito o mais afetado. Na forma bilateral o diagnóstico é precoce, devido ao quadro clínico dramático de insuficiência respiratória e a incapacidade do recém-nascido realizar respiração oral, necessitando de condutas emergenciais para garantir via aérea ao nascimento. Já na forma unilateral é comum o diagnóstico tardio, devido aos sintomas mais brandos e inespecíficos. Sua etiologia baseia-se na persistência da membrana buconasal embrionária, que separa a cavidade nasal do estomadeo. A teoria embriopatogênica sugere a associação da atresia de coanas com malformações craniofaciais e cardíacas, 20-50% dos pacientes com AC, especialmente aqueles acometidos pelas formas bilaterais, podem ser acometidos também por outras malformações genéticas como Charge (coloboma, defeitos cardíacos, AC, retardo de crescimento pós-natal e desenvolvimento mental, hipoplasia genital e anomalias da orelha), síndromes de Treacher Collins, Pfeiffer, Apert, disostose mandibulofacial e de Crouzon; que se deve a alterações na formação, proliferação e migração das células da crista cefálica neural (neurocristopatias), de onde se diferenciam as células mesenquimais, contribuindo para a gênese facial e cardíaca. É fundamental a realização de tomografia de seios da face para fechar diagnóstico, estabelecer a programação cirúrgica e definir o componente de formação da atresia coanal: o ósseo-membranoso corresponde a 70% dos casos, sendo os outros 30% somente de composição óssea. As principais abordagens cirúrgicas para correção da Atresia de Coana, são: transpalatal, transantral, transseptal e transnasal. A escolha da técnica é influenciada pela idade do paciente, tipo de formação mista ou óssea, mas principalmente pela experiência do cirurgião.

Comentários finais: Apesar de ser uma afecção rara e de diagnóstico geralmente tardio nos casos unilaterais, devemos estar sempre atentos a essa patologia visando seu diagnóstico precoce. Assim todo paciente com queixa respiratória de obstrução deve ser avaliado criteriosamente, independente da idade e especialmente se apresenta outras anomalias de face, devendo ser realizada investigação dos demais sistemas, como cardio-respiratório e gastrointestinal, em busca de outras anomalias congênitas concomitantes. O diagnóstico precoce evita que o paciente seja submetido a tratamentos ineficazes e desnecessários, instituindo o tratamento cirúrgico definitivo o mais breve possível.

Palavras-chave: atresia de coana; obstrução nasal; malformação.

TCP1194 ABORDAGEM DE PACIENTE PORTADOR DE NASOANGIOFIBROMA JUVENIL: RELATO DE CASO

Autor principal: LÍVIA MACHADO RIGOLON

Coautores: LAYS MYLENA SILVA, GABRIEL COELHO SOARES MORAES, ISABELA ABREU TORRES, CAROLINA PONTES OLIVEIRA NUNES, TIAGO FRAGA VIEIRA, MILENE LOPES FROTA, MIRIAN CABRAL MOREIRA DE CASTRO

Instituição: Santa Casa de Belo Horizonte

Apresentação do caso: Paciente de 20 anos, do sexo masculino, atendido em julho de 2022 após quadro de epistaxe volumosa, com queda hematimétrica, necessidade de transfusão de concentrado de hemáceas e de tamponamento nasal. Apresentava queixa de obstrução nasal unilateral à esquerda há cerca de dois anos e quadros recorrentes de epistaxes de menor volume desde então. À Tomografia Computadorizada de seios da face de 08 de julho de 2022: neoformação expansiva ocupando terço posterior da fossa nasal esquerda com alargamento de fossa pterigopalatina e reabsorção óssea de assoalho etmoidal e esfenoidal. À Ressonância magnética de face de 13 de julho de 2022: grande massa tumoral em fossa nasal esquerda com extensão esfenoidal, sem invasão de base de crânio. Internado no Hospital Santa Casa de Belo Horizonte por suspeita de nasofibroma juvenil, onde foram realizadas arteriografia e angioembolização em 26 de julho de 2022, e ressecção tumoral total através de acesso endoscópico transnasal, associado ao acesso com técnica de Cadwell- Luc à esquerda, em 27 de julho de 2022. Exame histopatológico da peça cirúrgica confirmou a hipótese diagnóstica. Paciente teve boa evolução pós-operatória, recebendo alta hospitalar em dois dias. Segue em acompanhamento ambulatorial com equipe de otorrinolaringologia.

Discussão: O nasofibroma juvenil é um raro tumor vascular benigno, que corresponde a cerca de 0,5% das neoplasias de cabeça e pescoço. Tem potencial de extensão intracraniana, que ocorre em 10 a 20% dos casos. É mais comum em adolescentes do sexo masculino, o que corrobora a hipótese de que seu crescimento sofra influência hormonal, embora ainda permaneça desconhecida sua origem. Trata-se de uma neoplasia não-encapsulada, classicamente composta por rica rede vascular de permeio a estroma fibroso. O seu suprimento arterial provém preferencialmente da artéria carótida externa, principalmente da artéria maxilar interna. Origina-se na fossa pterigopalatina, na margem superior do forame esfenopalatino. Deve-se suspeitar de tal diagnóstico quando presentes obstrução nasal unilateral, epistaxe e massa lobulada nasofaríngea. A excisão cirúrgica é o tratamento de escolha. O acesso endoscópico transnasal tem substituído a abordagem cirúrgica externa nas lesões pequenas, podendo ser utilizados de forma conjunta nos casos mais avançados, como no paciente em questão. O tratamento cirúrgico é repleto de desafios técnicos, incluindo o risco de sangramento intraoperatório, dificuldades na dissecação do tumor e morbidade associada ao envolvimento de determinadas estruturas anatômicas. Há também risco de recidiva. Tendo em vista o contexto clínico, epidemiologia e Resultados dos exames de imagem, o paciente foi abordado conforme experiência da equipe e indicações da literatura para casos semelhantes, obtendo-se bom resultado.

Comentários finais: Deve sempre haver alta suspeição do médico otorrinolaringologista em casos de obstrução nasal unilateral acompanhada de epistaxe, em especial em adolescentes do sexo masculino, sendo aconselhável a complementação propedêutica com exames de imagem. A abordagem cirúrgica ideal é individualizada, devendo considerar o estadiamento, grau de invasão e tamanho tumoral para obtenção de bons Resultados.

Palavras-chave: nasofibroma juvenil; obstrução nasal; tumor nasal.

Autor principal: NATÁLIA REBELATTO VANZ

Coautores: RENATO ROITHMANN, ROBERTO DIHL ANGELI, BRUNA MIRAPALHETE BELLINASSO, CAROLINA SANDI KUNZ, CRISLLI PREUSSLER CHIARADIA, MURIEL FERREIRA DA SILVA, BÁRBARA OBERHERR

Instituição: Universidade Luterana do Brasil

Apresentação do caso: Paciente I.B.D.C, masculino, 13 anos, apresentou quadro de edema em região frontal associado a cefaleia frontal e episódios febris com 4 dias de progressão. Segundo relato da mãe, o edema iniciou-se em região frontal e progrediu para região periorbitária. Procurou atendimento médico em serviço de emergência onde foi iniciado antibioticoterapia com Amoxicilina via oral e anti-histamínico. Por ausência de resposta ao tratamento, paciente retorna ao serviço 5 dias após, onde foi realizada tomografia computadorizada de crânio que identificou sinais de pansinusopatia, edema fronto peri-orbitário e pneumoencéfalo frontal com coleções intra e extracranianas, momento no qual foi iniciado Vancomicina e Ceftriaxone e encaminhado paciente para hospital com serviço de otorrinolaringologia e neurocirurgia. Durante a internação foi iniciado corticoterapia e paciente apresentou episódio único de crise epilética. Realizou ressonância magnética de crânio que identificou coleção de 4,6 x 4,4 x 1,0 cm na região frontal com presença de moderada quantidade de gás no seu interior e coleção em situação extracraniana, possivelmente subgaleal, medindo cerca de 3,2 x 2,8 x 0,5 cm. Observou-se também, material hiperdenso ocupando o seio frontal, células etmoidais anteriores e médias bilaterais e seio maxilar direito. Aparente hiperintensidade de sinal do osso frontal adjacente às coleções, especialmente à direita. Paciente foi avaliado pela equipe de otorrinolaringologia e pela equipe de neurocirurgia e, visto que, encontrava-se estável e evoluindo bem com a antibioticoterapia e corticoterapia foi optado por tratamento conservador, sem intervenção cirúrgica e com tomografias seriadas para acompanhamento do quadro. Apresentou melhora clínica e tomográfica das coleções, recebendo alta após 25 dias de internação.

Discussão: Rinossinusite aguda (RSA) é a inflamação da cavidade nasal e dos seios paranasais que dura menos de 4 semanas; pansinusite é o termo utilizado para definir a infecção de todos os seios paranasais. As complicações secundárias a elas - apesar de não apresentarem alta prevalência - apresentam alta morbidade. As complicações da RSA, por ordem de frequência, são orbitárias (60-80%), intracranianas (15- 20%) e ósseas (5%). Os pacientes com RSA apresentam geralmente secreção nasal transparente a mucopurulenta, acompanhada por dor e sensação de pressão facial, distúrbios olfativos, gota pós-nasal e tosse. O diagnóstico é essencialmente clínico, porém a tomografia computadorizada (TC) é o exame de imagem de escolha, permitindo ver todas as cavidades sinusais e avaliar os óstios sinusais. A realização de TC, apesar de não ser habitualmente necessária, é apropriada em casos de falha de tratamento ou quando há suspeita de complicações. Quando a infecção bacteriana sinusal estende-se ao osso e aos tecidos moles envolventes pode haver a osteomielite, que por sua vez, pode disseminar-se para as estruturas intracranianas e orbitárias. O seio mais acometido por essa complicação é o frontal, seguido pelo seio maxilar. A incidência deste tipo de complicações é maior na adolescência. A principal preocupação da osteomielite frontal é a disseminação da infecção aos outros ossos do crânio. Se ocorrer a disseminação da infecção para a parede anterior do frontal, a criança apresenta-se com edema da região, com formação de uma massa. O tratamento de escolha é antibioticoterapia endovenosa, de amplo espectro e de longa duração, combinada com desbridamento cirúrgico do osso e drenagem do seio perinasal infectado.

Comentários finais: As complicações secundárias da rinossinusite aguda são infrequentes porém com alta morbidade e mortalidade se não diagnosticadas precocemente e abordadas da forma correta. O paciente em questão apresentou como complicações osteomielite e coleções intra e extracranianas. Apesar da bibliografia relatar antibioticoterapia combinada com abordagem cirúrgica ser o tratamento de escolha, o paciente evoluiu bem com tratamento conservador sem submetê-lo a procedimento cirúrgico.

Palavras-chave: rinossinusite aguda; osteomielite; rinossinusite complicada.

TCP1196

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM CORPO ESTRANHO NASAL RETIDO: UM RELATO DE CASO**Autor principal:** LAIS SIQUEIRA DE MAGALHAES**Coautores:** NATHALIA BASILE MARIOTTI, MARINA SIMÕES FÁVARO, FERNANDO VEIGA ANGELICO JUNIOR, PRISCILA BOGAR, RUBENS DANTAS DA SILVA JUNIOR, AMANDA ANDRAUS SIMONIAN, LAYLA RIVA ISMAIL**Instituição:** Faculdade de Medicina do ABC

Apresentação do caso: Homem de 46 anos compareceu ao serviço com queixa de obstrução nasal à direita há 6 meses, sem outras queixas nasossinusais, de início após acidente automobilístico com traumatismo cranioencefálico grave.

Ao exame físico, a rinoscopia anterior apresentava conchas inferiores hipertróficas (+/4+) e hipocoradas (+/4+), com septo nasal aparentemente centrado. Observada, ainda, a presença de corpo estranho esbranquiçado em fossa nasal direita, aderido em assoalho da cavidade nasal. À oroscopia, havia dentição incompleta, com ausência de fístulas oronasais visíveis.

Optou-se por realizar a nasofibrosopia, que demonstrou um corpo estranho esbranquiçado aderido em assoalho em fossa nasal direita, além do septo nasal desviado para a esquerda (área 2, grau 1) e da ausência de alterações em meatos e em rinofaringe.

Para melhor investigação, foi realizada uma tomografia computadorizada de seios paranasais, a qual identificou o corpo estranho: o dente - incisivo lateral ou canino - superior direito do paciente.

Desse modo, para melhor qualidade de vida do paciente, optou-se pela programação de retirada cirúrgica do corpo estranho, uma vez que a retirada ambulatorial não obteve sucesso devido à aderência do corpo estranho ao assoalho nasal.

Discussão: Um dos grandes motivos de visitas urgentes aos pronto-atendimentos de Otorrinolaringologia são corpos estranhos em nariz, orelhas e laringe/orofaringe. Pacientes com corpos estranhos são tipicamente crianças de 2 a 5 anos, mas tal afecção pode ocorrer, menos comumente, em crianças mais velhas, adolescentes ou adultos. Os corpos estranhos podem ser orgânicos (como sementes ou balas) ou inorgânicos (como pequenos brinquedos ou pedras). Ainda, podem ser classificados em relação ao modo de **Introdução:** voluntária - mais comum em crianças - ou acidental, geralmente provocada por animais vivos ou por trauma.

Quanto aos corpos estranhos nasais, esses tendem a localizar-se no assoalho da cavidade nasal - logo abaixo da concha inferior, ou anteriormente à concha média.

Devido a inespecificidade dos sintomas, o diagnóstico geralmente é tardio, muitas vezes sendo a segunda opção de alguma doença que não melhora com o tratamento instituído. Os profissionais da saúde precisam ter um alto índice de suspeita para diagnosticar a causa de sintomas inexplicáveis das vias aéreas superiores. Os sintomas podem variar a depender da localização e da duração em que os corpos estranhos permanecem alojados nas fossas nasais: inicialmente, são espirros, coriza e obstrução nasal, eventualmente progredindo para rinorreia purulenta unilateral com mau cheiro. Ainda, podem complicar com epistaxe, perfuração septal e rinossinusite. No caso relatado, o que chama a atenção é o fato do paciente apresentar apenas obstrução nasal, sem quaisquer outras queixas nasossinusais, algo bastante incomum para corpos estranhos no nariz.

Um exame cuidadoso da cavidade nasal é imprescindível para o sucesso do diagnóstico e do tratamento. Ainda, devem ser solicitados exames complementares, principalmente quando houver alto índice de suspeita e o corpo estranho não for visualizado no exame físico.

A maioria dos corpos estranhos podem ser removidos com risco mínimo de complicações através do uso de sondas de Itard, pinças, estiletes, cateteres de sucção e/ou irrigação com água. A remoção bem sucedida depende de vários fatores, tais como a localização do corpo estranho, o tipo de material, a disponibilidade de instrumentos adequados, a manipulação prévia, a destreza do médico e a cooperação do paciente.

As complicações graves dos corpos estranhos nasais incluem deslocamento posterior e aspiração, trauma, infecção e estenose de coanas.

Comentários finais: Corpos estranhos nasais são afecções comuns em pronto-socorros de Otorrinolaringologia, podendo ser voluntariamente ou acidentalmente encontrados em orifícios do corpo humano. Seus sintomas são inespecíficos, o que pode prolongar o diagnóstico correto se não houver um alto índice de suspeita. A retirada de tais corpos pode ser ambulatorial, todavia alguns casos necessitam de uma abordagem cirúrgica.

Palavras-chave: corpo estranho nasal; nariz; trauma.

TCP1197 ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS BASAIS: UM CASO INCOMUM DE TUMOR EM FOSSA NASAL.

Autor principal: ENIO DE CASTILHO KLOH

Coautores: EDNA PATRICIA CHARRY RAMIREZ, ANA CAROLINA XAVIER OTTOLINE, DEBORA PETRUNGARO MIGUEIS, CAIO DE FREITAS MADRUGA, LETÍCIA COSTA MOREIRA SOARES, CARLOS ALEXANDRE DE OLIVEIRA LOPES

Instituição: *Universidade Federal Fluminense (UFF)*

Apresentação do caso: Paciente feminina, 41 anos, portadora de epilepsia não especificada, referia obstrução nasal à esquerda, epistaxe recorrente e cefaleia há um ano. Na admissão, a endoscopia nasal revelou desvio septal à direita, meatos nasais inferior e médio à esquerda obstruídos por lesão polipoide em cornetos inferior e médio com secreção sanguinolenta. Foi realizada turbinectomia média e biópsia excecional de lesão em fossa nasal esquerda. A análise anatomopatológica e imuno-histoquímica desta massa medindo 4,7 x 3,5 x 2,3 cm e de vários fragmentos irregulares de tecido medindo em conjunto 1,1 x 1,0 x 0,3 cm foi compatível com adenocarcinoma de células basais (ACB) com infiltração óssea e aspecto histopatológico sugestivo de neoplasia maligna. Atualmente, segue em tratamento com radioterapia adjuvante.

Discussão: As neoplasias da cavidade nasal correspondem a 3% dos tumores de vias aéreas superiores, sendo o carcinoma de células escamosas e o adenocarcinoma os mais relatados. O tipo histológico denominado adenocarcinoma de células basais (ACB) é característico das neoplasias de glândulas salivares, tumores incomuns que raramente localizam-se em fossas nasais. O caso relatado demonstra a importância em revisar os aspectos epidemiológicos e prognósticos da ACB, além de considerar como diagnóstico diferencial de tumores de cavidade nasal.

Comentários finais: Quando ocorre em glândulas salivares, o ACB é mais frequente em idades avançadas, principalmente em parótida e indica-se tratamento cirúrgico com radioterapia adjuvante, como neste caso. Apesar de raro em cavidade nasal, é importante considerar esse diagnóstico diferencial durante a investigação de tumores intranasais. Afinal, tem alto potencial para infiltração local, evoluindo raramente com disseminação metastática. Esta paciente não apresenta perfil compatível com a literatura, mas teve diagnóstico e tratamento precoce, segue em acompanhamento.

Palavras-chave: adenocarcinoma de células basais; neoplasia de cavidade nasal; neoplasia nasal maligna.

TCP1198 MUCOPIOCELE DE CONCHA MÉDIA BOLHOSA: RELATO DE CASO

Autor principal: CRYSTHIAN DE BRIDA VIEIRA

Coautores: GABRIELY LERNER BIANCHI, DIOGO HENRIQUE BARBOSA DOMINGOS, JULIA SOUTO FARIA NAVARRO, VICTOR RANZULLA DE SOUZA, ERICA ZATTAR RIBEIRO, CYNTHIA CASTILHO MORENO

Instituição: Hospital Universitário Júlio Muller

Apresentação do caso: Jovem, gênero masculino, 16 anos, residente de Cuiabá-MT, compareceu ao nosso ambulatório de Otorrinolaringologia com obstrução nasal, respiração bucal de suplência e roncos noturnos iniciados há 9 anos. O paciente também apresentava história de rinite alérgica e negava trauma nasal ou cirurgia dos seios paranasais. À rinoscopia anterior apresentava desvio septal para direita e visualizada massa rósea em fossa nasal esquerda obliterando a cavidade. Foi realizada uma tomografia computadorizada de seios paranasais com formação expansiva de aspecto ovalado com densidade de partes moles de limites e contornos bem definidos estendendo-se do recesso frontal a fossa nasal esquerda chegando a medir 4,1 x 6,5 x 3,0 cm nos maiores eixos.

O paciente foi submetido à cirurgia de septoplastia e cirurgia endoscópica com realização de punção da lesão e drenagem de secreção purulenta, confirmando a suspeita de mucopiocele. Incisão vertical da lesão e esvaziamento de seu conteúdo seguida de turbinectomia média parcial, antrostomia à esquerda e etmoidectomia anterior. Enviada secreção para cultura, sem crescimento bacteriano. No seguimento, no 15º dia de pós operatório, apresentou resolução do quadro obstrutivo. Nenhuma recorrência foi observada até a data da redação do manuscrito.

Discussão: A concha média bolhosa é uma variante anatômica comum, e na maioria dos casos, assintomática. No entanto, o acúmulo de secreção em seu interior pode levar a uma condição rara, dando origem a mucocoele de concha média ou até mesmo piocele após quadro infeccioso. A mucopiocele pode se apresentar como uma grande massa nasal, podendo cursar com sinusite, celulite orbitária, eritema, febre e dor, podendo complicar com meningite, abscesso subdural ou cerebral, pneumoencéfalo ou fístula liquórica.

O achado tomográfico da mucopiocele de concha média bolhosa consiste em uma massa de tecido mole com contorno ósseo, que geralmente causa desvio ou compressão das estruturas circundantes. Também pode haver realce na periferia da massa. A borda óssea é considerada o principal achado tomográfico e sua ausência pode levar a diagnósticos equivocados. No entanto, a diferenciação entre mucocoele e mucopielocoele pode não ser feita pela tomografia, sendo realizada no ato cirúrgico.

Comentários finais: A mucopiocele de concha média é uma doença rara, e assim como a mucocoele de concha média, deve ser lembrada como um diagnóstico diferencial de massas intranasais e rinossinusopatia de difícil resolução, principalmente se antecedente de trauma nasal ou cirurgia dos seios paranasais. A suspeição precoce do seu diagnóstico pode evitar a ansiedade dos familiares frente as características neoplásicas da lesão e possíveis complicações.

Palavras-chave: mucopiocele; mucocoele; concha média bolhosa.

TCP1199 TUMOR NASOSSINUSAL UNILATERAL: UM DIAGNÓSTICO DESAFIADOR**Autor principal:** IARA MARTINEZ GONCALVES**Coautores:** LUDMILA MELO DA SILVA CARDOSO, LEONARDO MARINHO PORTES, JAQUELINE ALTOÉ, BARBARA SOUZA LEÃO SANTIAGO, RENAN GOMES VIANA NIERO, TAIS FERREIRA VILELA, THIAGO RIBEIRO DE ALMEIDA**Instituição:** Universidade Santo Amaro (UNISA)

Apresentação do caso: Paciente masculino, 61 anos, com queixa de obstrução nasal à esquerda e hiposmia há 3 anos, associada a rinorreia purulenta. Negava queixas oftalmológicas ou neurológicas. Ao exame físico e endoscópico nasal, foi visualizada massa avermelhada, de bordos lisos, pedunculada, ocluindo fossa nasal esquerda, com desvio contralateral do septo nasal por efeito de massa, sem alterações visuais ou em pares cranianos. A tomografia computadorizada de seios da face mostrou conteúdo hipoatenuante em fossa nasal esquerda até terço médio e coana ipsilateral, com acometimento etmoidal. A ressonância magnética, por sua vez, evidenciou lesão expansiva de aspecto heterogêneo em cavidade nasal esquerda rechaçando estruturas adjacentes com realce heterogêneo ao contraste, não visualizando extensão para órbita ou fossa craniana anterior. Realizada biópsia ambulatorial, cujo resultado foi proliferação epitelial atípica em mucosa respiratório com aspecto infiltrativo. Aventou-se a hipótese diagnóstica de papiloma nasossinusal. Devido ao acometimento único da cavidade e seios paranasais, optou-se pelo tratamento cirúrgico com fins curativo e diagnóstico. No ato, o sangramento foi abundante, apesar da vasoconstrição e das medidas anestésicas. Visualizou-se lesão pediculada com origem em topografia de concha nasal superior, com acometimento de cavidade nasal e células etmoidais. Levantou-se a hipótese de hemangiopericitoma devido à vascularização, idade e topografia da lesão. A ressecção cirúrgica foi completa. O perfil imuno-histoquímico foi compatível com esteseoneuroblastoma (grau I de Hyams) com baixo índice de proliferação celular. De acordo com o estadiamento de Kadish, paciente enquadrou-se em Kadish B, por contemplar apenas cavidade e seios paranasais. O paciente fora, então, encaminhado para serviço de oncologia para avaliação de tratamento adjuvante e segue no terceiro mês pós-operatório, sem sinais de recidiva de doença.

Discussão: O esteseoneuroblastoma, também chamado neuroblastoma olfatório, é uma neoplasia maligna rara originária do neuroepitélio olfativo e representa 3 a 6% dos tumores malignos dos seios paranasais. Ele se origina na porção superior da cavidade nasal, podendo rapidamente invadir os seios paranasais e fossa craniana anterior. No nosso caso, a lesão tinha origem em concha nasal superior, diferindo da maioria dos casos relatados que são provenientes da lâmina cribiforme. A evolução é de meses a anos. É mais comum em adultos na segunda e quinta décadas de vida, sem predileção por sexo ou raça. Há relatos de metástases em 10 a 30% dos casos, sendo mais comum para linfonodos cervicais, e sua presença aumenta consideravelmente a mortalidade. Obstrução nasal e epistaxes recorrentes são sintomas comumente relatados. O tratamento desse tumor é um desafio, visto a limitada quantidade de casos, mas as abordagens mais atuais consistem em excisão cirúrgica preferencialmente pela via endoscópica nasal, associada a radio e quimioterapia adjuvantes, a depender do estadiamento da lesão. Devido à grande gama de diagnósticos diferenciais de tumores nasossinusais unilaterais, em grande parte dos casos o diagnóstico é tardio, sendo incomum a exclusividade de acometimento único da cavidade e seios paranasais. A recorrência pode ocorrer em 10,3% dos pacientes.

Comentários finais: O diagnóstico de tumores nasossinusais unilaterais é um desafio no cotidiano dos otorrinolaringologistas devido à grande gama de diagnósticos diferenciais. O neuroblastoma olfatório deve ser incluído dentre os diagnósticos diferenciais de tumores nasossinusais unilaterais. A biópsia precoce é recomendada para não retardar o tratamento, diminuindo, assim, a morbimortalidade relacionada à doença.

Palavras-chave: tumor nasossinusal unilateral; esteseoneuroblastoma; tratamento cirúrgico.

TCP11100 BOLA FÚNGICA POR FUSARIUM SPP: UMA SÉRIE DE CASOS

Autor principal: DENISE ALICE DE SOUSA ARAUJO

Coautores: RAQUEL CUSTÓDIO SOUZA, EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA, MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA, VIVIANE CARVALHO DA SILVA, MARCOS RABELO DE FREITAS, ANDRE ALENCAR ARARIPE NUNES, ANA CECÍLIA SOARES BRIGIDO

Instituição: Hospital Universitário Walter Cantídio

Objetivos: O objetivo do presente estudo foi descrever três casos de pacientes imunocompetentes com diagnóstico de bola fúngica parasinusal pelo fungo do gênero *Fusarium spp.*

Métodos: Foi realizado consulta em arquivos de prontuários de três pacientes admitidos e submetidos a procedimento cirúrgico para tratamento de rinossinusite crônica em hospital terciário, em Fortaleza, Ceará, Brasil.

Resultados: Os pacientes, dois do sexo feminino e um do sexo masculino, apresentavam idade maior que 50 anos e não tinham indícios clínicos ou laboratoriais de imunodeficiências. A cefaleia e a pressão em face foram as queixas relatadas como mais importantes nos três casos. No exame tomográfico, evidenciou-se sinusopatia esfenoidal em dois desses e sinusopatia maxilar no terceiro. Os pacientes foram submetidos a sinusotomia para limpeza de seio paranasal. Durante as cirurgias, foi visualizado conteúdo amarelado e denso nos seios nasais abordados, sugestivo de bola fúngica, e coletado material para estudo etiopatogênico. Nas culturas para fungo não foi evidenciado crescimento, contudo, no estudo histopatológico ressaltou-se a presença de hifas hialinas sugestivas de infecção pelo fungo do gênero *Fusarium*. No pós operatório, os pacientes relataram completa remissão dos sintomas. Em acordo com a infectologia do serviço, optado por tratamento antifúngico sistêmico com anfotericina.

Discussão: A bola fúngica é a principal entidade da rinossinusite fúngica não invasiva. É caracterizada por um material composto de hifas que não ocasiona invasão tecidual. Acomete principalmente os seios maxilares e esfenoidal, sendo mais rara nos etmoidais e frontais. Os pacientes costumam ser imunocompetentes e ter pouco ou nenhum componente atópico. Os fungos mais encontrados são os gêneros *Aspergillus spp.*, *Penicillium spp* e *Chrysosporium spp*. O tratamento consiste em limpeza cirúrgica. *Fusarium spp* é um gênero de fungos filamentosos que raramente acomete a mucosa nasal, porém quando o faz frequentemente gera uma invasão tecidual importante. Na literatura, há poucos casos descritos de bola fúngica por tal espécimen, sendo o tratamento fúngico sistêmico ainda incerto. Nos três casos apresentados, apesar dos pacientes serem pouco sintomáticos e terem vários comemorativos que indicavam apenas bola fúngica, foi decidido por realizar tratamento sistêmico após concordância com o serviço de infectologia.

Conclusão: Rinossinusites não invasivas por *Fusarium spp* vêm se tornando cada vez mais descritas na rinologia, contudo ainda há dúvidas acerca do tratamento correto de tais pacientes devido ao comportamento habitualmente agressivo desse patógeno. É necessário incentivar a partilha desses casos no meio acadêmico para que possamos comparar os Resultados dos tratamentos diversos e, dessa forma, obter o modo mais seguro e eficaz de tratar nossos pacientes.

Palavras-chave: rinossinusite fúngica; fusarium; bola fúngica.

TCP11101 ANGIOFIBROMA NASOFARÍNGEO EM PACIENTE ADULTO: RELATO DE CASO**Autor principal:** ANA CECÍLIA SOARES BRIGIDO**Coautores:** DENISE ALICE DE SOUSA ARAUJO, EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA, RAQUEL CUSTÓDIO SOUZA, MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA, MARCOS RABELO DE FREITAS, ANDRE ALENCAR ARARIPE NUNES, VIVIANE CARVALHO DA SILVA**Instituição:** Hospital Universitário Walter Cantídio

Apresentação do caso: Paciente, sexo masculino, 41 anos, com queixa de obstrução nasal à direita, persistente e progressiva, de início há 6 meses; associada a rinorreia fétida, dor em hemiface direita e episódios de epistaxe ipsilateral, anterior, em pequena quantidade. Negou fatores desencadeantes e trauma local. Evoluiu com quadro de epistaxe por vestíbulo nasal direito, em grande quantidade; foi admitido em serviço de emergência especializado e efetuado tamponamento nasal anterior, o qual foi mantido por cerca de 96 horas. Foram realizados exames complementares, nasofibroscopia, que mostrou lesão vegetante em cavidade nasal direita, e Tomografia computadorizada de seios paranasais sem contraste, que evidenciou tumoração com atenuação de partes moles, infiltrativa, origem em cavidade nasal e extensão para seio maxilar e células etmoidais à direita. Devido à hipótese diagnóstica de Angiofibroma Nasofaríngeo, paciente foi transferido para outro hospital terciário e submetido à embolização da artéria esfenopalatina direita, a qual ocorreu 72 horas antes do procedimento cirúrgico. A cirurgia foi executada por abordagem combinada, endonasal e transmaxilar (pela técnica de Cadwell-Luc), sendo realizada a exérese da lesão tumoral em cavidade nasal direita e sinusotomias dos seios maxilar e esfenoidal; bem como, etmoidectomia anteroposterior e ampliação do recesso frontal (técnica cirúrgica DRAF I). Evoluiu em pós-operatório sem novos episódios de epistaxe, apresentou melhora da obstrução nasal e da rinorreia. O resultado do estudo anatomopatológico da lesão foi compatível com Nasoangiofibroma. Em acompanhamento ambulatorial, foram realizadas novas avaliações endoscópicas nasais, as quais não evidenciaram sinais de recidiva da lesão no primeiro ano após a abordagem terapêutica.

Discussão: O Angiofibroma Nasofaríngeo é uma neoplasia benigna, bem vascularizada e rara. Acomete predominantemente adolescentes (entre 9 e 19 anos), do sexo masculino; sendo denominado de Angiofibroma Juvenil. A fisiopatogênese relaciona-se à presença de malformação vascular oriunda de remanescentes embriológicos da artéria do primeiro arco branquial. Estudos recentes observaram que a infecção pelo vírus Papiloma (HPV) pode aumentar a taxa de proliferação celular do Nasoangiofibroma, relacionando-se a manifestação precoce e recorrente da lesão. O tumor origina-se comumente da fossa pterigopalatina, expandindo para a cavidade nasal e nasofaringe por meio do forame esfenopalatino. Apesar de ser um tumor benigno, apresenta crescimento acelerado e comportamento invasivo local, ocasionando remodelamento ósseo. Os sintomas mais frequentes representam a compressão de estruturas adjacentes e a característica de hipervascularização. Exames complementares de imagem, como tomografia computadorizada, arteriografia e ressonância magnética, são importantes para o diagnóstico, estadiamento e planejamento cirúrgico. A abordagem cirúrgica deve ser precedida por angioembolização, realizada 48 a 72 horas antes, sendo a artéria maxilar e seus ramos as principais fontes de suprimento vascular. Radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia adjuvantes são indicadas, sobretudo, quando ocorre ressecção incompleta da lesão. As recidivas são frequentes nos primeiros dois anos após o diagnóstico.

Comentários finais: O caso constitui uma Apresentação atípica do Angiofibroma Nasofaríngeo, o qual acomete predominantemente jovens; ressaltando a importância da suspeita clínica em casos de epistaxe de repetição associada a obstrução nasal. Além disso, destacam-se os benefícios da investigação etiológica precoce e programação da abordagem terapêutica, a fim de obter ressecção completa da lesão e melhor desfecho clínico.

TCP11102 MELANOMA AMELANÓTICO DE MUCOSA NASOSSINUSAL: UM RELATO DE CASO**Autor principal:** GUILHERME RODRIGUES NETO**Coautores:** VICTÓRIA DE CASTRO LEME, GABRIEL BIAGINI FERREIRA, LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO, RICARDO VINICIUS BRUNETO, LUIZ OTÁVIO BOLSONI SILVA, RODRIGO LACERDA NOGUEIRA**Instituição:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP - HCFMRP/USP

Apresentação do caso: Paciente masculino de 82 anos foi admitido no departamento de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto no ambulatório de Rinossinusologia devido a epistaxes recorrentes, obstrução nasal progressiva e crescimento de massa em fossa nasal esquerda (FNE) há 3 meses. Era previamente hipertenso, portador de doença pulmonar obstrutiva crônica, ex-tabagista e ex-estilista.

Ao exame de nasofibrosopia, observou-se lesão avermelhada ocupando toda a fossa nasal esquerda, com aspecto friável e sinais de sangramento recente. Realizada tomografia computadorizada com contraste de face e pescoço que evidenciou lesão de 6,4x2,5 cm com realce heterogêneo pós-contraste ocupando o andar inferior da cavidade nasal esquerda desde a abertura nasal até a coana, com componente lobulado que se estendia para a luz da nasofaringe, associada a destruição das conchas média e inferior esquerdas e parede medial do seio maxilar esquerdo com pequeno componente no interior desse seio. Não havia de acometimento linfonodal.

A análise anatomopatológica da lesão demonstrou neoplasia maligna pouco diferenciada com perfil imunoistoquímico sugestivo de melanoma, com positividade moderada e difusa para Melan-A e S100, fraca e focal para HMB-45 e CD56. O índice de proliferação celular (Ki67) foi de cerca de 40%. Não foi observada presença de pigmento de melanina nos recortes avaliados, compatível com melanoma amelanótico.

Foi realizada tomografia de abdome e pelve para estadiamento, que revelou lesões hepáticas e nódulos peritoneais suspeitos para acometimento secundário, porém devido ao tamanho e localização, não houve possibilidade de biópsia. Dessa forma, foi estadiado como Ki67 40% T4N0M1 Grau 3.

Encaminhado para Oncologia, foi indicada radioterapia hemostática, tratamento no qual se encontra atualmente. Será reavaliado quanto à indicação de quimioterapia e aguarda avaliação da equipe de Cirurgia Plástica para ressecção parcial da lesão, visando melhora da qualidade de vida. Não há proposta cirúrgica curativa pelo departamento de Otorrinolaringologia ou de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, nos quais mantém seguimento.

Discussão: O melanoma de mucosa é uma entidade rara e agressiva, diferindo quanto a epidemiologia, patologia e Apresentação do melanoma cutâneo, sendo aquele responsável por uma média de 1 a 2% dos casos. O sítio mais comum de acometimento é a região de cabeça e pescoço (55,4%), com a cavidade nasal e seios paranasais representando 70% do total. Os pacientes têm em média 70 anos e possuem como principais fatores de risco exposição solar e tabagismo. A sobrevida média é de 25% em 5 anos.

As lesões amelanóticas representam menos de 2% dos melanomas, sendo ainda mais raros quando nasossinusais. O diagnóstico histopatológico consiste, entre outros fatores, em identificar melanina intracelular, o que torna sua identificação ainda mais difícil, sendo essencial a análise imunohistoquímica e pesquisa de biomarcadores como Melan-A, S100, HMB-45, entre outros.

Por ser uma doença rara, ainda não há muitos dados elucidativos na literatura a respeito dos critérios de tratamento e prognóstico. Habitualmente, o tratamento é semelhante ao melanoma cutâneo, e sabe-se que a sobrevida aumenta significativamente quando há o controle local da doença sendo de 45% em 5 anos.

Estudos apontam que o melhor tratamento consiste na ressecção cirúrgica, combinado ou não com radioterapia, sendo que a quando feita por via endoscópica apresenta menor morbidade.

Comentários finais: O melanoma amelanótico de mucosa nasossinusal é extremamente raro e difere em diversos aspectos do melanoma cutâneo. Ainda há poucos dados na literatura a respeito da doença e tratamento, porém acredita-se que a abordagem cirúrgica é a melhor opção quando possível de ser realizada e está associada ao aumento da sobrevida. Outras opções disponíveis são quimioterapia, radioterapia e imunoterapia, que podem ser combinadas visando aumentar as chances de cura quando a ressecção não é possível.

Palavras-chave: melanoma amelanótico nasossinusal; neoplasia nasossinusal; melanoma de mucosa.

TCP11103 PLASMOCITOMA: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL RARO NAS LESÕES DA BASE DO CRÂNIO**Autor principal:** TIAGO CARDOSO MARTINELLI**Coautores:** HENRIQUE VIVACQUA LEAL TEIXEIRA DE SIQUEIRA, VINÍCIUS DOMENE, FABIO PORTELLA GAZMENGA, CARLOS TAKAHIRO CHONE, THIAGO LUIS INFANGER SERRANO, MARCELO HAMILTON SAMPAIO, EULALIA SAKANO**Instituição:** Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

Apresentação do caso: Paciente, 64 anos, feminino, caucasiana descreve cefaleia frontal de forte intensidade há 02 meses, associada a diplopia, redução de acuidade visual e vertigem. Nega queixas nasossinusais. Portadora de Mieloma Múltiplo, com diagnóstico estabelecido em Janeiro/2022, além de hipotireoidismo e hipertensão arterial sistêmica. Ao exame físico, notou-se leve restrição de movimentação ocular extrínseca em olho direito (adução e versão para cima e baixo) além da queixa de diplopia a mirada horizontal. A endoscopia nasal revelou lesão de coloração esbranquiçada no recesso esfenotmoidal a esquerda, sem outras alterações. Realizada Tomografia Computadorizada e Ressonância Nuclear Magnética de crânio, evidenciando-se lesão extra-axial centrada no clívus, de aspecto lítico e sólido com extensão intra e extra-carinana medindo 4,3 x 2,7 x 3,5 cm. Extensão da massa para região selar com acometimento da hipófise, seio cavernoso e segmento cavernoso das artérias carótidas internas. Adicionalmente, observada obliteração do seio esfenoidal e acometimento da mucosa da rinofaringe e processos pterigoides. O exame anatomopatológico e a imuno-histoquímica do material obtido através da biópsia realizada por via endoscópica endonasal em centro cirúrgico, estabeleceu o diagnóstico de plasmocitoma extramedular. A paciente mantém acompanhamento com equipe de Hematologia, Neurocirurgia e Otorrinolaringologia para definição de melhor proposta de tratamento.

Discussão: Plasmocitomas são tumores raros, e localmente agressivos originados de proliferação clonal de células linfoides do tipo B. Na maioria dos casos, ocorrem em um contexto de acometimento sistêmico (Mieloma Múltiplo), sendo menos comum a Apresentação isolada (Plasmocitoma Solitário). A ocorrência na região selar e paraselar, possivelmente se originando do osso ou mucosa de estruturas vizinhas, como clívus, osso esfenóide ou osso petroso, é rara. Em geral, os sintomas são decorrentes de seu efeito de massa, sendo os mais prevalentes nesta topografia: cefaleia, alterações em nervos cranianos e alterações visuais. No exame tomográfico do crânio observa-se massa com característica iso ou hiperdensa que se estende para seio esfenoidal e propicia lise em estruturas ósseas adjacentes. A ressonância nuclear magnética destaca lesão com alta captação de gadolínio com padrão iso ou hiperintenso na ponderação T1 e hipointenso na ponderação T2. O tratamento de eleição é a radioterapia devido a radiosensibilidade do tumor. O papel da quimioterapia no tratamento de plasmocitomas solitários extramedulares ainda é controverso, sendo mais indicado quando há o diagnóstico de Mieloma Múltiplo. Diante de uma tumoração localizada na base do crânio, a concomitância com o Mieloma Múltiplo facilita a suspeita diagnóstica de plasmocitoma. Entretanto, quando ocorre isoladamente, devido a sua raridade e Apresentação clínico-radiológica, poderá ser confundido com outros tumores mais prevalentes na região – como adenomas hipofisários, cordomas e meningiomas – levando a tratamentos inadequados.

Comentários finais: Apesar de raros, os plasmocitomas devem ser incluídos no diagnóstico diferencial de tumorações localizadas na base anterior do crânio. A sua suspeição é fundamental quando associado ao mieloma múltiplo, contribuindo para um diagnóstico precoce, aumentando a sobrevida do paciente e evitando-se possíveis iatrogenias.

Palavras-chave: plasmocitoma; neoplasias da base do crânio; rinologia.

TCP11104 TUMOR DE POTT: UM RELATO DE CASO

Autor principal: LEONARDO HENRIQUE MICHELETTI SOTOCORNO

Coautores: RICARDO VINICIUS BRUNETO, LUIZ OTÁVIO BOLSONI SILVA, VICTÓRIA DE CASTRO LEME, GUILHERME RODRIGUES NETO, GABRIEL BIAGINI FERREIRA, RODRIGO LACERDA NOGUEIRA

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP - HCFMRP/USP

Apresentação do caso: Paciente masculino de 18 anos, apresentou quadro de infecção de vias aéreas superiores com evolução aproximada de 20 dias com febre, rinorreia purulenta e cefaléia frontal, diagnosticado com rinossinusite aguda e iniciado tratamento com amoxicilina e clavulanato. Apesar do uso da medicação, evoluiu com abaulamento progressivo da região frontal, mal estar, náuseas, vômitos e afasia, tendo sido encaminhado para Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Era previamente hígido, estava vigil na admissão, afásico, compreendia comandos, com paralisia facial central à direita, hemiparesia direita desproporcionada com predomínio braquial e massa em região frontal.

Realizada tomografia computadorizada de crânio com contraste que evidenciou pansinusopatia, abscesso de partes moles em região frontal, abscesso intracraniano subjacente em região frontal à esquerda e inter-hemisférica, com empiema subdural à esquerda, além de desvio de 6mm em linha média e sinais de rarefação óssea frontal à esquerda.

Foi iniciado tratamento empírico com ceftriaxona, metronidazol e oxacilina e indicada abordagem cirúrgica pela equipe da Neurocirurgia com craniotomia para drenagem de abscessos subcutâneo frontal, extradural, subdural e cápsula subdural. Em um segundo tempo cirúrgico, foi abordado pela equipe da Otorrinolaringologia com a realização de antróstomia maxilar bilateral, etmoidectomia anterior e posterior bilateral, ampliação de óstio de esfenóide bilateral e sondagem de óstio frontal bilateral.

A cultura com antibiograma da secreção drenada evidenciou colonização por *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina e dessa forma a antibioticoterapia foi modificada para vancomicina e cefepime.

Paciente evoluiu com melhora total da afasia e hemiparesia e foi encaminhado para hospital de retaguarda para término do tratamento. Mantém seguimento ambulatorial com as equipes de Otorrinolaringologia e Neurocirurgia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Discussão: O tumor de Pott é uma rara entidade caracterizada por osteomielite do osso frontal associada ao desenvolvimento de abscessos subperiosteais. Geralmente se inicia com sinusite do seio frontal que progride para osteomielite podendo-se estender ao espaço epidural levando a formação de empiemas e abscessos. Acomete predominantemente a população masculina, com uma proporção de 3: 1 e é mais comumente vista em adolescentes.

A infecção é predominantemente polimicrobiana e os agentes mais comuns são *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Fusobacterium* e *Pseudomonas*. Apresenta-se clinicamente com cefaléia, febre, edema na região frontal e rinorreia, e a suspeita de hipertensão intracraniana deve ser levantada caso apresente náusea, vômitos, déficits de nervos cranianos, convulsões, alteração do estado geral, obnubilação ou letargia.

O rápido diagnóstico e início precoce do tratamento alteram o prognóstico, de forma que a realização de exame de imagem não deve ser atrasada. Na tomografia encontramos erosões ósseas, sinusite frontal, coleção subperiosteal e extensão intracraniana. Nos casos de complicações intracranianas ou orbitais, a ressonância magnética é o exame de escolha para diagnóstico, com acurácia acima de 90%, além de ser o estudo de escolha para seguimento pós-operatório.

A melhor forma de tratamento para o tumor de Pott é a associação de antibioticoterapia sistêmica e abordagem cirúrgica para drenagem de abscessos, desbridamento dos tecidos desvitalizados e melhora da drenagem dos seios da face. Os antibióticos de escolha são penicilinas ou vancomicina, cefalosporinas de 3ª geração e metronidazol, preferencialmente guiados por cultura, normalmente por tempo prolongado, variando de 4 a 8 semanas.

Comentários finais: O tumor de Pott é uma condição rara, tendo como principal causa a rinossinusite bacteriana. Sabe-se que a infecção é polimicrobiana e que a melhor estratégia de tratamento consiste na associação da antibioticoterapia sistêmica e abordagem cirúrgica. O diagnóstico e tratamento precoce são determinantes na taxa de sucesso e redução da morbimortalidade que gira em torno de 3,7%.

Palavras-chave: tumor de Pott; rinossinusite aguda; abscesso intracraniano.

TCP11105 DACRIOCISTORRINOSTOMIA ENDOSCÓPICA: OPÇÃO DE TRATAMENTO EM UM CASO DE ESTENOSE DAS VIAS LACRIMAIS

Autor principal: RAQUEL FERREIRA MOREIRA

Coautores: DAYANNE ALINE BEZERRA DE SÁ, FERNANDA HATAB DE CASTRO, BÁRBARA MONTEIRO PASSOS, CAMILA SUICA DO NASCIMENTO, FRANCIELLE TIEMY EIMORI, TAYANNE DE OLIVEIRA SILVA, JOSE SERGIO DO AMARAL MELLO NETO

Instituição: Casa de Saúde Santa Marcelina

Apresentação do caso: paciente GRBS, sexo masculino, 26 anos, atendido no ambulatório de otorrinolaringologia com queixa de epífora crônica à direita. Apresenta histórico de linfoma em mediastino em 2019 quando durante tratamento evoluiu com quadro de rinossinusite fúngica invasiva à direita. Foi abordado cirurgicamente e realizado debridamento cirúrgico dos tecidos afetados. Evoluiu após a cirurgia com epífora crônica a direita, sem melhora desde então. Ao exame físico atual foi visto na nasofibrosopia status pós operatório de turbinectomia superior, média e inferior total e sinusectomia à direita, apresentando cavidade nasal ampla à direita com ausência de secreções e lesões e à esquerda exame dentro da normalidade. Em tomografia computadorizada foi visualizado ausência do osso lacrimal com exposição do canal nasolacrimal direito. Na dacriocistografia, presença de opacificação do canalículo do saco lacrimal e do ducto nasolacrimal à direita, estando dilatado e ectasiado. Como tratamento foi realizada dacriocistorrinostomia endoscópica com evolução favorável e melhora do quadro de epífora.

Discussão: A obstrução da via lacrimal é uma possível complicação decorrente de tratamentos cirúrgicos nasais, principalmente em casos de doenças invasivas em que a abordagem muitas vezes necessita ser mais ampla dificultando se ter uma cirurgia funcional. A obstrução parcial ou completa da via lacrimal provoca a epífora, um lacrimejamento constante ou intermitente. A epífora crônica gera grande impacto na qualidade de vida dos pacientes. A suspeita da obstrução pode ser confirmada por diversos testes, dentre eles a dacriocistografia e tomografia computadorizada que podem predizer o prognóstico cirúrgico de acordo com a contrastação do saco lacrimal. O tratamento cirúrgico das vias lacrimais, dacriocistorrinostomia, tem sido realizado com altos índices de sucesso, sendo a abordagem cirúrgica do saco lacrimal por via intranasal assistida por videoendoscopia uma técnica com Resultados bastante satisfatórios, tendo a grande vantagem em comparação com o acesso externo de não necessitar de uma incisão de pele e sua consequente cicatriz local. Ela consiste em criar uma comunicação entre o saco lacrimal e a cavidade nasal, permitindo a drenagem da lágrima e, por conseguinte, aliviando os sintomas. Com o desenvolvimento e aprimoramento do instrumental e das técnicas endonasais, a abordagem endoscópica tem sido cada vez mais utilizada.

Comentários finais: A obstrução do ducto nasolacrimal pode ter diversas etiologias. Dentre estas, a pós cirúrgica. Atualmente a dacriocistorrinostomia endoscópica tem sido uma técnica aceita e bem estabelecida no tratamento de obstruções do saco e ducto nasolacrimal. Os avanços no conhecimento, na técnica e no seu domínio pelos otorrinolaringologistas tem se tornado indispensáveis.

Palavras-chave: dacriocistorrinostomia; vias lacrimais; epífora.

TCP11106 ANGIOMIOLIPOMA DA CAVIDADE NASAL: RELATO DE CASO

Autor principal: MATHEUS VICTOR RANGEL BARBOSA

Coautores: CLARICE REIS DE OLIVEIRA, MARIA PAULA ANDRADE RODRIGUES MACHADO, MILENA GAVA FIM, PATRICIA ROSA NUNES, SOFIA PEREIRA TIRONI, BRUNO PESTANA GOMES, SÉRGIO EDRIANE REZENDE

Instituição: Instituto de Otorrinolaringologia de Minas Gerais

Apresentação do caso: Masculino, 66 anos, procurou o serviço de otorrinolaringologia com relato de obstrução nasal crônica, pior à direita. Não soube precisar o tempo de evolução. Como queixa associada apresentava rinorréia hialina. Sem histórico de epistaxe importante ou outros sinais e sintomas. Sabidamente hipertenso e diabético, em acompanhamento clínico. Ao exame físico apresentava aparente hipertrofia do corneto inferior direito promovendo acentuada obstrução da fossa nasal ipsilateral, mucosa edemaciada e pálida. Corneto inferior esquerdo eutrófico. Sem secreção nas fossas nasais. Septo nasal sem desvios obstrutivos. À otoscopia e oroscopia: sem achados dignos de nota. Ao final do primeiro atendimento foi prescrita lavagem nasal de alto volume com soro fisiológico 0,9% e mometasona spray. Foram solicitados como propedêutica complementar fibronasofaringolaringoscopia e tomografia computadorizada dos seios paranasais.

No retorno o paciente negava melhora da obstrução nasal. Fibronasofaringolaringoscopia: presença de lesão de aspecto benigno em meato inferior direito, ao longo de toda a extensão do corneto inferior e provável inserção no mesmo. Cornetos inferiores hipertrofiados. Septo nasal sem desvios obstrutivos. Ausência de secreção patológica. Cavum livre. Hipofaringe, pregas vocais e demais estruturas laríngeas sem alterações. TC dos seios paranasais: conteúdo com densidade de partes moles no interior da cavidade nasal direita, obliterando os contornos das conchas inferior e média ipsilateral (Polipose nasal? Pólipo antrocoanal?). Discreto espessamento da mucosa de revestimento do assoalho dos seios maxilares. Diante das informações dispostas optou-se pelo tratamento cirúrgico.

Foi submetido à cirurgia endoscópica nasal com exérese completa da lesão e realização de turbinectomia inferior parcial direita. Sem intercorrências per e pós-operatórias. O estudo anatomopatológico evidenciou tumoração recoberta parcialmente por epitélio colunar respiratório ou escamoso, além de extensa erosão e constituída por eixo contendo proliferação de vasos, músculo liso e tecido adiposo; achados compatíveis com angiomíolipoma.

O paciente segue em acompanhamento no serviço, com boa evolução, sem alterações na última endoscopia nasal realizada.

Discussão: Os tumores vasculares da cavidade nasal e dos seios paranasais são raros. O mais conhecido é o angiofibroma. O angiomíolipoma (AML) foi descrito em poucos casos relatados em todo o mundo. Representa parte do grupo de tumores de células epitelióides perivasculares, compreendendo lesões histologicamente similares que ocorrem em uma variedade de sítios cutâneos, viscerais e de tecidos moles.

Na cavidade nasal a localização mais comum é no vestíbulo nasal. Apresentam-se como tumores pequenos, ao contrário dos tumores renais e hepáticos, que têm dimensões maiores. Conforme revisão de literatura, os pacientes com AML nasal são em sua maioria homens, com idade entre 28 e 88 anos. Embora o AML seja predominantemente uma lesão benigna, existem evidências na literatura de variações malignas, principalmente nos rins e fígado. Portanto, no exame de tomografia computadorizada, geralmente não é observada invasão das estruturas adjacentes.

O AML é frequentemente associado à esclerose tuberosa, uma síndrome neurocutânea diagnosticada ainda na infância e associada a doenças da pele, convulsões e ao surgimento de hamartomas em todo o corpo. Os hamartomas mesenquimais, bem conhecidos na cavidade nasal, devem ser considerados no diagnóstico diferencial do AML da cavidade nasal.

O principal tratamento para AML nasal é cirúrgico, com ressecção completa da lesão. No seguimento pós-operatório, poucos pacientes apresentam recidiva.

Comentários finais: O angiomíolipoma é um tumor benigno extremamente raro na cavidade nasal. Foi encontrado na literatura apenas um caso descrito no Brasil, sendo este o segundo. Embora incomum, o AML deve ser incluído no diagnóstico diferencial das tumorações nasais unilaterais com ou sem epistaxe recorrente. O tratamento cirúrgico parece ser curativo e o seguimento mostra que as recidivas são infrequentes.

Palavras-chave: angiomíolipoma; cavidade nasal; tumor.

TCP11107 RELATO DE CASO: EVOLUÇÃO ATÍPICA DE RINOSSINUSITE FÚNGICA INVASIVA AGUDA**Autor principal:** PEDRO JULIANO DE MESQUITA FERREIRA**Coautores:** ROBERTA PARMA DORIGUETO DE OLIVEIRA, FABIO LAU, FABIO PORTELLA GAZMENGA, GUILHERME VIANNA COELHO, THIAGO LUIS INFANGER SERRANO, MARCELO HAMILTON SAMPAIO, EULALIA SAKANO**Instituição:** Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Apresentação do caso: Mulher, 71 anos com Diabetes Mellitus mal controlado, hipertensão e insuficiência cardíaca. Desenvolveu ao longo de 10 dias quadro progressivo de obstrução nasal, rinorréia purulenta, além de ptose palpebral, restrição da mobilidade ocular, edema periorbitário e amaurose, a direita. Na primeira avaliação pela equipe da Rinologia, apresentava necrose extensa de toda cavidade nasal, além de palato duro. A tomografia computadorizada de crânio demonstrava extenso acometimento nasossinusal, palatal e sinais de celulite orbitária, sem invasão intracraniana. Sob a hipótese de rinossinusite fúngica invasiva aguda, foi submetida a intervenção cirúrgica, sendo necessário realizar antrostomia maxilar e esfenotmoidectomia completa bilaterais para acessar e debridar todas as áreas necróticas nasossinuais. Além da abordagem endoscópica endonasal, foram debridadas as necroses palatais, intraoral. Tais amostras tiveram cultura positiva para *Rhizopus* sp. e o anatomopatológico confirmou invasão tecidual pelo fungo. A paciente permaneceu internada por 65 dias, apresentando com complicações clínicas e um difícil controle glicêmico. Durante este período, recebeu anfotericina B lipossomal e foram necessários desbridamentos periódicos da cavidade nasal e oral. Progrediu com sintomas de acometimento central, com TC e RNM de crânio evidenciando extensão do processo para região intraconal, ápice orbitário e seio cavernoso. Tendo em vista o prognóstico reservado em termos de sobrevida e qualidade de vida, além da progressão da doença mesmo com medidas terapêuticas máximas, optou-se pelo tratamento paliativo e desospitalização da paciente, com proposta de seguimento ambulatorial com uso de Itraconazol. Após 2 meses da alta hospitalar, retornou ao Pronto Socorro com desabamento completo do palato duro por extensa necrose tecidual, após manipulação da sonda nasoenteral. Além deste episódio, não houve outra complicação ou piora significativa do quadro. Atualmente, com 7 meses de evolução, a paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial, mantendo as dificuldades no controle glicêmico, porém com melhora do estado geral.

Discussão: A Rinossinusite Fúngica Invasiva Aguda (RFIA) é uma doença agressiva que acomete a cavidade nasal, seios paranasais e estruturas vizinhas, ocorrendo tipicamente em imunossuprimidos, como em doenças hematológicas e diabetes mellitus mal controlado. Diversos tipos de fungos podem estar envolvidos, porém, a espécie de *Aspergillus* sp. é a mais comumente associada ao quadro e a característica fundamental é a presença de invasão da submucosa nasossinusal. O tratamento é baseado na terapia antifúngica precoce, cirurgia para desbridamento dos tecidos desvitalizados e na correção da condição clínica de base, sendo esta última o principal fator para um desfecho favorável. A mortalidade se mantém elevada, variando na literatura, em torno de 50% e o acometimento intracraniano é um fator independente para maior mortalidade. O acometimento do palato duro, seio cavernoso e do ápice orbitário também são fatores de pior prognóstico. O caso em questão retrata uma doença grave, em estágio avançado e com diversos fatores de pior prognóstico associados, desse modo, tendo em vista esse cenário, a expectativa era de uma baixa sobrevida. No entanto, a evolução foi atípica pois a doença não apresentou piora em sua progressão apesar de controle inadequado do principal fator imunossupressor. Atualmente, a paciente encontra-se em relativo bom estado geral e surpreendentemente com melhora dos sintomas neurológicos.

Comentários finais: A Rinossinusite Fúngica Invasiva tem um prognóstico ruim, que é agravado quando há invasão de estruturas vizinhas e quando não há o adequado controle da doença imunossupressora de base. Este caso ilustra uma evolução atípica, sendo que mesmo nessas condições de prognóstico muito reservado, houve estabilidade da doença e uma sobrevida além do esperado.

Palavras-chave: rinossinusite fúngica; diabetes Mellitus; cirurgia endonasal.

TCP11108 LINFOMA T/NK EXTRANODAL DE APRESENTAÇÃO ATÍPICA: UM RELATO DE CASO.

Autor principal: GABRIELA ARAÚJO FERREIRA PIRES

Coautores: LUNA KARLA NEVES MELO, FERNANDA COELHO ATAYDES SEABRA, LARISSA GOMES ESPINOSA, LEONARDO ASSIS SILVESTRINI, LUCIANA AGUIAR CARNEIRO ARAUJO, LUDIMILA SOBREIRA SENA

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

Apresentação do caso: IGA, 67 anos, masculino, etilista pesado, sem relato de comorbidades prévias. Procurou atendimento devido história de tosse há cinco dias e obstrução nasal de longa data com piora no último ano. Ao exame físico, constatado abaulamento em vestibulo nasal esquerdo com extensão para abertura piriforme, associado a crostas necróticas, secreção purulenta e perfuração septal. Visto sorologias negativas, exames laboratoriais sem alterações significativas e tomografia de face evidenciando achados sugestivos ou de processo neoplásico, ou infeccioso ou granulomatose, realizado debridamento nasal e biopsia da cavidade, confirmando por imuno-histoquímica o diagnóstico de Linfoma não Hodgkin difuso, células T/NK extranodal do tipo nasal (ENLK).

Discussão: Conforme descrito na literatura, o Linfoma de células T/NK extranodal do tipo nasal, configura-se com baixa incidência, alta gravidade e letalidade. Localizado predominantemente na rinofaringe, sem etiologia claramente estabelecida, porém associado ao vírus Epstein-Barr (EBV). Em nosso caso relatado, paciente apresentou piora do estado geral no decorrer da investigação, sudorese e febre noturna. Além de instituída antibioticoterapia, antifúngico sistêmico foi administrado devido isolamento de *Fisarium* na primeira amostra. Tornou-se necessário reabordagem para exclusão de rinossinusite fungica invasiva, constatando-se ausência de invasão fungica mucosa, e só então, selado o diagnóstico neoplásico. Paciente foi encaminhado a centro oncológico de referencia onde iniciou tratamento quimioterápico. Hoje, em dois anos de follow up, encontra-se curado, sem sinais de recidiva ou manifestação em outros sítios.

Comentários finais: O ENLK constitui menos de 10% de todos os linfomas não Hodgkin em adultos. Haja visto sintomas nasais constituírem a principal manifestação clínica, proporciona vários diagnósticos diferenciais, por este motivo, o médico otorrinolaringologista possui fundamental importância na suspeição e no diagnóstico do ENLK. Embasado na raridade e na gravidade desta neoplasia, este relato de caso objetiva a deixar registrado na literatura uma manifestação atípica, abertura piriforme associado a perfuração septal, do Linfoma extranodal natural killer/células T, tipo nasal. Cabe ressaltar também, tratar-se de mais um caso de cura para essa neoplasia de alta letalidade.

Palavras-chave: linfoma T/NK extranodal; abertura piriforme; letalidade.

TCP11109 MUCOCELE ETMOIDAL COM ACOMETIMENTO ORBITÁRIO EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

Autor principal: VÍVIAN ESTAVANATE DE CASTRO

Coautores: MAURICIO COSTA E PEIXOTO

Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 20 anos, compareceu ao consultório do otorrinolaringologista com sintomas sugestivos de sinusite. Relatou obstrução nasal, rinorreia mucoide, hipogeusia e turvação visual em olho esquerdo. Ao exame físico, a paciente apresentou secreção purulenta em meato médio esquerdo. A tomografia computadorizada de seios de face evidenciou lesão expansiva em células etmoidais à esquerda que se estendia até o seio frontal esquerdo. Além disso, observava-se adelgaçamento das estruturas ósseas com possível perda da parede óssea lateral do seio etmoide esquerdo, associada à compressão da musculatura medial orbital e do nervo óptico esquerdo, predispondo proptose. As evidências clínicas e de imagem indicavam mucoccele etmoidal e sinusopatia esfenoidal e maxilar à esquerda. A paciente foi submetida à cirurgia endoscópica nasossinusal com ampla etmoidectomia acompanhada de turbinectomia média esquerda. Retornou ao consultório no 13º DPO e, no 30º DPO, e apresentou melhora importante das queixas visuais.

Discussão: Mucocelos são tumores benignos císticos, constituídos pela mucosa dos seios paranasais e revestidos por epitélio respiratório. Possuem crescimento lento e caráter tipicamente expansivo devido ao acúmulo de secreções mucoides em seu interior. Dessa forma, são capazes de provocar erosão das paredes do seio e remodelamento ósseo, podendo invadir estruturas importantes, como a órbita e a base do crânio. Mucocelos originam-se da obstrução dos óstios de drenagem dos seios paranasais e os principais fatores de risco incluem anormalidades congênitas, processos inflamatórios crônicos, trauma de face e cicatrização pós-cirúrgica.

Cerca de 60 a 65% das mucocelos ocorrem no seio frontal, 20 a 25% no seio etmoidal e, menos frequentemente, nos seios esfenoidal e maxilar. Apresentam incidência semelhante em ambos os sexos e podem ocorrer em qualquer idade, principalmente entre os 40 e 70 anos. Podem provocar diversas apresentações clínicas, como: turvação visual, diplopia, diminuição da acuidade visual, proptose, cefaleia, obstrução nasal e quadro gripal.

Devido a sua capacidade de expansão e invasão de estruturas adjacentes, as mucocelos dos seios paranasais podem provocar diferentes sintomas, os quais podem ser classificados em oftalmológicos, rinológicos e/ou neurológicos, de acordo com sua localização anatômica. Uma revisão de 46 casos de mucocelos demonstrou que o sintoma mais prevalente em cerca de 60,9% dos pacientes era a dor local. As mucocelos fronto-etmoidais causam efeito de massa na órbita ipsilateral, provocando proptose, diplopia e edema periorbitário. Por outro lado, as mucocelos dos seios etmoidal posterior e esfenoidal estão próximas do III, IV, V e VI pares de nervos cranianos e causam, mais comumente, compressão do nervo óptico e sintomas visuais.

Dessa forma, a tomografia computadorizada, aliada à endoscopia nasal, desempenham uma função importante no diagnóstico e no tratamento das mucocelos, uma vez que são capazes de indicar o acometimento da cavidade nasal e dos seios paranasais, além de demonstrar a extensão da lesão para estruturas importantes. Nesse cenário, a cirurgia endoscópica nasossinusal configura-se como o tratamento mais eficaz das mucocelos, sendo uma intervenção que garante uma boa ventilação e a drenagem dos seios da face.

Comentários finais: Diante do exposto, apesar do caráter benigno das mucocelos, observa-se sua agressividade e sua capacidade de comprometer estruturas importantes. Desse modo, torna-se indispensável o diagnóstico precoce e a intervenção cirúrgica rápida, a fim de prevenir complicações severas, como o comprometimento visual. Nesse relato, a paciente apresentou melhora significativa da acuidade visual após o procedimento cirúrgico e segue em acompanhamento no departamento da otorrinolaringologia e oftalmologia.

Palavras-chave: mucoccele; seios paranasais; órbita.

TCP11110 RABDOMIOSSARCOMA EMBRIONÁRIO DE RINOFARINGE EM PACIENTE PEDIÁTRICO

Autor principal: CAROLINA SARCINELLI SPINELLI

Coautores: FERNANDO BARCELLOS DO AMARAL, LUCIANA PIMENTEL OPPERMAN, LAURA REGYNA TOFFOLI ROSO, VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ

Instituição: Grupo Hospitalar Conceição

Apresentação do caso: P.H.M, 5 anos, masculino, procedente de São Francisco de Paula. Paciente transferido do hospital municipal de origem para o Hospital da Criança Conceição para investigação de lesão nasal à direita. Na primeira avaliação, paciente referia início há 25 dias de obstrução nasal, pior à direita, e roncos com apneias noturnas. Negava sangramento nasal. Negava perda de peso. Negava febre. Na avaliação do exame físico, evidenciou-se lesão de aspecto violáceo insinuando-se de fossa nasal direita e presença da mesma lesão progredindo para a parede posterior da orofaringe. Na tomografia de seios da face com contraste havia uma volumosa lesão expansiva centrada na fossa pterigopalatina direita, estendendo-se lateralmente para espaço mastigatório, seio maxilar e órbita, assim como rino/orofaringe com extensão até altura da epiglote. Evidenciado também erosão óssea da porção superior das paredes laterais e mediais do seio maxilares, processos pterigóides, esfenoide e estrutura septal. Paciente foi então submetido a biópsia da lesão e traqueostomia devido ao padrão respiratório basal e no sono e possibilidade de crescimento rápido da lesão e incapacidade de via aérea por intubação orotraqueal. O resultado anatomopatológico foi de rabdomiossarcoma embrionário. No momento, o paciente se encontra em tratamento quimioterápico e radioterápico. Mantendo-se estável e progredindo no tratamento oncológico.

Discussão: Os sarcomas pediátricos são raros, representando aproximadamente 3 a 4 por cento de todos os cânceres infantis. São um grupo heterogêneo de tumores que se presume originarem-se de células mesenquimais primitivas. A etiologia e os fatores de risco ainda não foram definidos. O rabdomiossarcoma embrionário ocorre geralmente em crianças pequenas de até 5 anos, principalmente em região de cabeça e pescoço e trato genitourinário. Os sintomas principais variam conforme a localidade de origem e expansão. No caso de origem em rinofaringe, a criança pode apresentar epistaxe, obstrução nasal, otite média serosa, entre outros. O diagnóstico se faz com exames de imagem, exames endoscópicos e biópsia. O tratamento pode ser realizado com cirurgia, caso apresente possibilidade de ressecção, ou quimioterapia com ou sem radioterapia. Pode-se realizar procedimentos cirúrgicos após tratamento oncológico clínico se necessário.

Comentários finais: Os sarcomas de cabeça e pescoço podem apresentar crescimento progressivo e causar inúmeras morbidades ao paciente pediátrico, principalmente dificuldade respiratória. Na suspeição de lesões malignas, o diagnóstico deve ser buscado para instituição de tratamento com brevidade.

Palavras-chave: rabdomiossarcoma embrionário; lesão rinofaringe; pediatria.

TCP11111 FIBROMA OSSIFICANTE PSAMOMATOIDE AGRESSIVO: RELATO DE CASO

Autor principal: VERENA SILVA CALDAS

Coautores: YASMIN DE REZENDE BEIRIZ, JULYANA CARNEIRO GOMES, MARIA CLARA SOUZA SCHETTINI, RODRIGO AMORIM QUESADO, MARÍLIA MONTIS LANZAROTTI HOSKEN, PAULA COLI MENDES LIMA, WASHINGTON LUIZ DE CERQUEIRA ALMEIDA

Instituição: Hospital Otorrinos de Feira de Santana

Apresentação do caso: Paciente feminino, 54 anos, ex-tabagista, ex-etilista, com queixa de obstrução nasal contínua em fossa nasal esquerda há 12 meses, associado a edema facial à esquerda, hiposmia e secreção nasal hialina intermitente. Durante o exame físico, foi realizada rinoscopia e pode ser visualizada hipertrofia de cornetos nasais inferiores, mucosa pálida, desvio septal para Fossa Nasal Esquerda (FNE) e lesão de aspecto polipoide em FNE. À oroscopia, observou-se discreto abaulamento em palato à esquerda. O exame de videonasofibrosopia foi realizado e revelou, em FNE, lesão de aspecto polipoide, desvio para FNE e sinais de rinopatia inflamatória. A tomografia computadorizada de face apresentou lesão irregular, de característica expansiva em seio maxilar esquerdo, com erosão óssea de suas paredes, ocupando fossa nasal ipsilateral. Foi indicado biópsia da lesão em FNE, e o anatomopatológico revelou fibroma ossificante psamomatoide agressivo. Desse modo, foi indicado ressecção cirúrgica da lesão.

Discussão: O Fibroma Ossificante Psamomatoide (FOP) é um tumor raro, de progressão lenta, com tendência a comportamento localmente agressivo, incluindo invasão e destruição do tecido circundante, erosão óssea e recorrência após excisão cirúrgica. A característica histológica patognomônica é a presença de ossículos esféricos, focos de colágeno mineralizado, semelhantes aos corpos do psamoma. A maioria dos casos foi relatada em crianças e adultos jovens entre 5 e 25 anos de idade com leve predominância do sexo masculino (1,2: 1). Os ossos mais acometidos pelo FOP são os ossos periorbital, frontal e etmoide, e suas manifestações clínicas incluem proptose, distúrbios visuais, cegueira progressiva, obstrução das vias aéreas, cefaleia e deformidades craniofaciais progressivas. O tumor pode se estender para estruturas adjacentes, como seios paranasais, cavidade nasal, nasofaringe, cavidade craniana e palato, como o da paciente do caso relatado.

Comentários finais: O FOP representa um subconjunto único de lesões fibro-ósseas do trato nasossinusal. Eles têm características histomorfológicas distintas e uma tendência ao comportamento localmente agressivo, incluindo invasão e destruição de estruturas anatômicas adjacentes, tornando a remoção cirúrgica completa o tratamento de escolha.

Palavras-chave: fibroma psamomatoide; psamomatoide; fibroma.

TCP11112 MUCORMICOSE EM PACIENTE DIABÉTICA PÓS CIRURGIA OFTALMOLÓGICA: RELATO DE CASO

Autor principal: PAULA MOREIRA NAVARRO ROCHA

Coautores: LUCAS MENDES SOARES, BETHINA SILVA BARRETO, CARMEN ZAMPIROLE BRANDÃO, THIAGO DE SOUZA SANTOS, RAQUEL ALMEIDA DE CAMPOS, LETICIA AZEVEDO REIS, PEDRO RICARDO BARREIRA MILET CALDAS PEREIRA

Instituição: Hospital Federal dos Servidores do Estado (RJ)

Apresentação do caso: MSS, sexo feminino, 81 anos, hipertensa, diabética, nefrectomizada, foi submetida a cirurgia para correção de catarata em dezembro de 2021, quando iniciou uso de prednisona 40mg via oral com redução progressiva da dosagem e colírios oftalmológicos. Um mês de pós-operatório evoluiu com quadro de astenia, rubor e edema de face quando procurou pronto atendimento e foram prescritos azitromicina associada a amoxicilina com clavulanato. No dia seguinte, evoluiu com disfagia, quando procurou por atendimento no setor de oftalmologia do Hospital Federal dos Servidores do Estado (RJ). Neste momento apresentava restrição do movimento ocular extrínseco, pupilas mióticas, edema de córnea, hiperemia conjuntival à direita, equimoses em face e palato duro e rebaixamento de sensório. Indicada internação hospitalar, solicitadas TC de crânio, face e órbita, exames laboratoriais e avaliação da dermatologia e otorrinolaringologia.

Os exames laboratoriais evidenciaram leucocitose com desvio para esquerda e PCR 52,3mg/L. RT-PCR COVID-19 não detectável.

À TC, constatou-se densificação difusa dos planos músculo-adiposos palpebrais e peripalpebrais, um pouco mais acentuada à direita, caracterizando infiltração edematosa, sem alteração na densidade dos planos adiposos retrobulbares. Notou-se aspecto indicativo de celulite orbitária pós-septal, globos oculares assimétricos, sendo o esquerdo anatômico e o direito discretamente reduzido de volume, com sinais de facectomia. Musculatura ocular extrínseca trófica, bilateralmente. Em cavidades paranasais, observou-se apenas discreto espessamento mucoso. Endoscopia nasal evidenciou grande quantidade de crostas, hifas, secreção serossanguinolenta e tecido enegrecido em septo, conchas e assoalho de fossas nasais, predominantemente à direita.

Foi imediatamente indicada e realizada a cirurgia endoscópica nasal para debridamento de lesões em cavidade nasal desde leito de mucosa olfatória à parede lateral e ressecção parcial do septo nasal, com abertura ampla dos seios maxilares. Foi transferida no pós-operatório imediato entubada em ventilação mecânica para unidade de terapia intensiva, iniciado esquema antimicrobiano com daptomicina, meropenem e anfotericina B lipossomal, evoluindo para piora hemodinâmica progressiva e óbito após 3 dias.

O exame micológico direto de material cirúrgico encontrou blastoconídios, pseudohifas e hifas verdadeiras, confirmando o diagnóstico de mucormicose, até então suspeitado.

Discussão: Mucormicose é uma doença fúngica invasiva, rara e grave causada por fungos na ordem Mucorales, como aqueles nos gêneros Rhizopus, Rhizomucor e Mucor. É mais comum em pacientes diabéticos, particularmente os descompensados, em quimioterapia, sob corticoterapia, pós-transplantados, grandes queimados, pacientes com hemocromatose e mesmo em pacientes sem fator predisponente aparente. Do ponto de vista clínico a mucormicose se apresenta mais frequentemente sob a forma rino-órbito-cerebral, com comprometimento da mucosa nasal, seios paranasais, palato e cérebro, podendo levar a um comprometimento sistêmico e levar ao óbito, conforme caso apresentado. Outros locais que podem ser comprometidos, com menos frequência, são pele, pulmão e o sistema gastrointestinal. A maioria dos sintomas frequentemente resulta de lesões necróticas invasivas no nariz e no palato, acompanhadas de dor, febre, celulite orbitária, proptose e secreção nasal purulenta. O diagnóstico é principalmente clínico, requer um alto grau de suspeita e é confirmado por meio de histopatologia e cultura. O tratamento é feito com anfotericina B intravenosa e cirurgia para remover o tecido necrosado. Mesmo com tratamento agressivo, a taxa de mortalidade é alta, em torno de 40 a 80%.

Comentários finais: O caso relatado faz menção a uma doença rara e de elevada letalidade. Enfatizamos a importância da suspeição diagnóstica e implementação terapêutica imediata, a fim de evitar desfechos desfavoráveis. O caso clínico resultou em um tratamento tardio, já com apresentação disseminada e evoluindo para óbito, contribuindo para a elevada estatística de mortalidade apresentada pela doença.

Palavras-chave: mucormicose; cirurgia endoscópica; infecções fúngicas.

TCP11113 HIPOPLASIA DE NERVO OLFATÓRIO: UM RELATO DE CASO

Autor principal: PAULA BELONE GARCIA

Coautores: JACQUELINE KUWAHARA ZOCANTE, GUILHERME HENRIQUE FERREIRA DAMASCENO, MARIANA NEVES CERATTI, VITÓRIA PERINOTTO DO NASCIMENTO, DIEGO SANCHES GALAVOTI GUSSON, PAULA MORTOZA LACERDA BEPPU, MAURY DE OLIVEIRA FARIA JUNIOR

Instituição: HIORP - Hospital Instituto Otorrino Rio Preto

Relato De Caso: Paciente B.C.F.P., 17 anos, compareceu em avaliação ambulatorial no hospital de otorrino em São José do Rio Preto, acompanhada da mãe com história de anosmia desde o nascimento. Nega quaisquer outros sintomas ou história familiar positiva. Exame físico neurológico apresentava desenvolvimento neuropsicomotor adequado para idade e ao exame físico otorrinolaringológico ausência de desvio de septo nasal obstrutivo, polipose ou qualquer outra alteração. Não foram visualizadas alterações em nasofibroscopia, assim como na Tomografia Computadorizada de face. Foi, portanto, solicitado uma Ressonância Nuclear Magnética, identificando hipoplasia bilateral de nervo olfatório.

Discussão: Distúrbio olfatório é uma entidade rara em crianças e adolescentes. Frente à queixa de hiposmia, deve ser realizado um exame otorrinolaringológico para excluir presença de pólipos nasais, hipertrofia adenoideana, angiofibroma, hipertrofia de cornetos, desvio septal ou infecções, além de rinossinusite crônica, drogas, síndromes degenerativas, tumores e traumas crânio-maxilo-faciais da infância. Descartados tais causas, fez-se necessário Ressonância Nuclear Magnética para maior investigação. Diante do resultado, identificamos hipoplasia de nervo olfatório bilateralmente. Essa entidade é considerada uma malformação isolada quando as anomalias do primeiro par ocorrem sem qualquer outra alteração estrutural, hormonal ou anomalia analítica, que era o caso da paciente descrita acima. Existem poucos casos como este descritos ao longo da literatura.

Comentários finais: É importante reforçar que, frente à queixa de anosmia, a mesma seja investigada, pois é um sintoma que revela etiologias muito variadas. A Tomografia Computadorizada de Seios Paranasais é útil no estudo da cavidade nasal e da base do crânio, a Ressonância Magnética do Encéfalo é o exame de referência para o estudo do trato olfatório e dos centros olfativos.

Palavras-chave: hipoplasia; nervo olfatório; anosmia.

TCP11114 A REALIZAÇÃO DA RINOMETRIA ACÚSTICA COMO FORMA DE COMPLEMENTO À RINOMANOMETRIA

Autor principal: CAROLINA GONÇALVES DA CUNHA LIMA

Coautores: GABRIELLA DE FIGUEIREDO FALCÃO, LARA ALÍPIO PEDROSA, LÍGIA RAMOS DE MENESES

Instituição: Faculdade de Medicina Nova Esperança

Introdução: A rinometria acústica é um exame estático, não invasivo e de fácil aceitação por parte do paciente. É caracterizado por medir a relação entre a área transversal com a distância da cavidade nasal. A rinomanometria é um exame dinâmico, responsável por quantificar o volume de ar que passa pela cavidade nasal, quantificando quão difícil seja para o paciente realizar a respiração através do nariz. De certo modo, a rinometria acústica e a rinomanometria, são exames que se complementam e medem a permeabilidade nasal. Estes testes, porém, não fornecem o diagnóstico etiológico da impermeabilidade nasal, mas reforçam os achados clínicos, tornando relevante o sintoma relatado pelo paciente naquele momento.

Objetivo: O objetivo deste artigo foi analisar as indicações e complementações clínicas entre a rinometria acústica e a rinomanometria, trazendo uma relação fisiopatológica com uma revisão de literatura. **Metodologia:** Esta revisão bibliográfica teve caráter qualitativo, baseado nas leituras exploratórias e seletivas de artigos e sites científicos, referentes ao tema proposto. **Resultados e discussões:** A importância de uma análise objetiva da permeabilidade nasal é de suma necessidade para estimar o sintoma de obstrução nasal, bem como o efeito de diversas patologias e de procedimentos cirúrgicos e ortopédicos sobre a cavidade nasal e nasofaríngea. Tal avaliação possibilita o conhecimento de dados concretos, os quais são imprescindíveis na comparação de tratamentos clínicos e cirúrgicos. Ao realizar os exames, o médico deve atentar-se a sua interpretação, pois é necessário considerar algumas limitações físicas do equipamento utilizado, além de repetir, pelo menos três vezes, na intenção de aumentar a acurácia dos Resultados da medição simultânea do fluxo e da pressão nasal.

Conclusão: Estes exames são imprescindíveis ao suporte de diagnóstico de rinite e da avaliação objetiva da obstrução nasal e do benefício terapêutico médico-cirúrgico. Porém, os Resultados indicam a necessidade de estudos mais específicos na população com respiração oral, através de investimentos em métodos quantitativos, qualitativos e objetivos, assim como nos padronizados disponíveis na atualidade.

Palavras-chave: rinometria; rinomanometria; obstrução nasal.

TCP11115 ESTENOSE CONGÊNITA DA ABERTURA PIRIFORME: UMA CAUSA RARA DE OBSTRUÇÃO NASAL

Autor principal: FERNANDA TEIXEIRA PACIFICO

Coautores: CAMILA SUICA DO NASCIMENTO, TAYANNE DE OLIVEIRA SILVA, LIVIA SCHIRMER DECHEN, RAQUEL FERREIRA MOREIRA, FERNANDA HATAB DE CASTRO, BÁRBARA MONTEIRO PASSOS, DAYANNE ALINE BEZERRA DE SÁ

Instituição: Casa de Saúde Santa Marcelina

Apresentação do caso: YHSFS, sexo masculino, 3 anos de idade, procedente e residente de São Paulo/SP, nascido a termo de parto normal, com antecedente gestacional de caxumba e descolamento de placenta, evoluiu com hipóxia ao nascimento, sendo necessária intubação orotraqueal, permaneceu em ventilação mecânica durante 23 dias. Após alta hospitalar, apresentou respiração oral em domicílio, associada a engasgos, hipóxia e inapetência, sendo necessária nova internação hospitalar e realização de gastrostomia e traqueostomia. Foi encaminhado ao serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Santa Marcelina aos 2 anos de idade, traqueostomizado, inicialmente sob a hipótese de imperfuração coanal. À rinoscopia anterior, visualizado estreitamento de vestibulos de ambas fossas nasais, com impossibilidade de progressão de nasofibrolaringoscopia. A tomografia computadorizada dos seios da face evidenciava a presença de acentuada estenose congênita das duas aberturas piriformes. Foi indicada cirurgia para correção da má formação com acesso endonasal, realizou-se incisão longitudinal da mucosa do terço anterior do assoalho das fossas nasais para alargar a luz, seguida de turbinectomia parcial e drillagem de paredes laterais, com posterior aposição de splint bilateralmente, retirados no 7º dia de pós-operatório. Após a primeira consulta, criança perdeu o seguimento no serviço, retornando 7 meses após o procedimento, com queixas de respiração oral e roncos noturnos. Em nova nasofibrolaringoscopia, visualizado estreitamento parcial de ambas fossas nasais ao nível de meato médio, sendo possível progredir fibra por meatos inferiores. Realizada nova tomografia de seios da face que demonstrou bom desenvolvimento das fossas nasais com estreitamento parcial destas no terço médio, sendo indicado novo procedimento cirúrgico para correção de obstruções. A criança não apresenta déficit ponderal e até os três anos de idade possui desenvolvimento físico normal e crescimento facial adequado, seus dentes decíduos nasceram sem anormalidades, não sendo detectadas anomalias associadas.

Discussão: Na estenose congênita da abertura piriforme (ECAP), há estreitamento da abertura piriforme por um crescimento exacerbado do processo nasal da maxila, sendo uma causa rara de obstrução nasal em recém nascidos. Como estes são exclusivamente respiradores nasais, o aumento da resistência das vias aéreas leva a uma obstrução funcional, podendo resultar em dispneia ou até mesmo insuficiência respiratória, necessitando inclusive de suporte ventilatório invasivo, a depender do grau da estenose. Ao se suspeitar dessa entidade, a tomografia computadorizada é o exame inicial a ser solicitado, sendo que a visualização da abertura piriforme com largura menor que 11 mm em um recém nascido a termo confirma o diagnóstico de ECAP e serve para afastar diagnósticos diferenciais que também cursam com obstrução respiratória alta, como atresia coanal, cisto do ducto nasal, hipoplasia de asa nasal, entre outras patologias. A abordagem inicial consiste no estabelecimento de uma via aérea segura, sendo que a realização de uma traqueostomia geralmente é necessária para proteger as vias aéreas em bebês com estenose grave até que seja realizado o procedimento cirúrgico. A indicação mais importante para a intervenção cirúrgica é a obstrução nasal manifestada por desconforto respiratório e a dificuldade na alimentação. Importante salientar que a estenose congênita da abertura piriforme pode ocorrer isoladamente ou em associação com outras anomalias, incluindo incisivo central superior único, anormalidades hipofisárias, craniossinostose e holoprosencefalia, fazendo-se necessária a investigação destes através de neuroimagem.

Comentários finais: A estenose congênita da abertura piriforme, apesar de rara, precisa ser diagnosticada e sua abordagem precoce é de suma importância, uma vez que a doença pode evoluir clinicamente de maneira desfavorável. Seu reconhecimento é essencial para a diferenciação de diagnósticos semelhantes e para investigação de demais anomalias associadas.

Palavras-chave: estenose congênita da abertura piriforme; má formação nasal; obstrução nasal.

TCP11116 CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE PEQUENAS CÉLULAS EM CAVIDADE NASAL: RELATO DE CASO

Autor principal: ANTONIO VINICIUS PAZETTI DE OLIVEIRA

Coautores: ANDREI ROBERTO DA SILVA, VIVIANE CRISTINA MARTORI, LUIZ FELIPE SALOMÃO SIQUEIRA CUNHA, MATEUS CAMPESTRINI HARGER, LUCIANO GONCALVES NINA, JULIANO DE ALENCAR VASCONCELOS, LUCIANO HENRIQUE ANTONIOLI

Instituição: Faculdade de Medicina de Jundiaí

Apresentação do caso: Masculino, 66 anos, hipertenso e dislipidêmico procura serviço de urgência encaminhado após avaliação com oftalmologista referindo há 3 meses cefaleia frontal, dor em região orbitária e maxilar à esquerda evoluindo há 15 dias com proptose ocular, turvação visual e dificuldade de mobilidade ocular à esquerda associada a diplopia, rinorreia mucossanguinolenta ipsilateral, prurido e perda ponderal de 3 kg no último mês. Negou histórico de tabagismo. À inspeção apresenta edema facial periorbital e maxilar à esquerda associado a epífora e hiperemia conjuntival ipsilateral. À rinoscopia anterior, rinorreia serossanguinolenta em fossa nasal esquerda. Comprometimento de abdução e adução de olho esquerdo sem alterações de mímica facial ou linfonodomegalia cervical palpável. Imagens de Tomografia Computadorizada de Órbitas com contraste inferindo formação expansiva com atenuação de partes moles apresentando realce periférico e heterogêneo ao meio de contraste, em topografia de seio etmoidal, apresentando invasão de parede lateral da órbita esquerda, promovendo deslocamento lateral e anterior do globo ocular ipsilateral. Nota-se ainda sugestiva invasão do seio esfenoidal e frontal esquerdo. Mede 5,0x4,2cm em eixos maiores. Optado por internação hospitalar, realização de nasofibrosopia, que demonstrou em fossa nasal esquerda presença de lesão de aspecto irregular e avermelhada em meato médio deslocando concha média. Optado por biópsia de lesão de aspecto amolecido, friável ocupando concha média e meato médio esquerdos e enviado material análise anatomopatológica. Em resultado anátomo patológico: proliferação difusa de células pequenas e atípicas em meio a estroma desmoplásico e intensa proliferação vascular foi descrita. Em retorno ambulatorial após 20 dias, imunohistoquímica confirmou diagnóstico de Carcinoma Neuroendócrino de Pequenas Células de cavidade nasal com positividade focal para pancitoceratina em padrão Golgi, cromogranina e INSM além de alto índice de proliferação celular ao Ki-67. Paciente foi encaminhado ao serviço de Oncologia para seguimento terapêutico devido ao caráter invasivo da doença.

Discussão: O carcinoma neuroendócrino de pequenas células na cavidade nasal e seios paranasais (CNPC) é uma neoplasia rara com comportamento clínico agressivo e prognóstico ruim. Sua morfologia é semelhante àquelas que ocorrem em sítios pulmonares ou extrapulmonares. Há uma propensão ao sexo masculino e geralmente na faixa etária de 24 a 79 anos. A cavidade nasal é a localização mais comum seguida pelo seio etmoidal e seio maxilar. Obstrução nasal e epistaxe são os sintomas de Apresentação mais comuns, além de dor ou pressão em face, linfadenopatia cervical, alteração visual, proptose, distúrbios de nervos cranianos e cefaleia. O diagnóstico é desafiador e depende do estudo imuno-histoquímico. O tratamento inclui ressecção cirúrgica, radioterapia, quimioterapia ou uma combinação dessas modalidades. Mas não há consenso sobre o tratamento ideal, devido à sua raridade, a complexidade do diagnóstico histológico e à variedade dos regimes de tratamento. Poucos estudos indicaram uma propensão ao gênero masculino e uma possível associação com o tabagismo. Há variabilidade na modalidade de tratamento, incluindo cirurgia, radioterapia, quimioterapia e combinações. A terapêutica ideal estratégia ainda é controversa. A maior parte da literatura concorda que o manejo pode ser semelhante ao do carcinoma pulmonar de pequenas células. O paciente foi diagnosticado em estágio com lesão avançada, o que dificultou a remoção radical da lesão. Paciente em acompanhamento com oncologia para seguimento no tratamento.

Comentários finais: O carcinoma neuroendócrino de pequenas células da cavidade nasal e seios paranasais é uma neoplasia rara, mas agressiva, com prognóstico ruim e forte propensão à recorrência local e metástase à distância. O tratamento multimodal continua sendo a estratégia mais comum, embora nenhum algoritmo comprovado tenha sido estabelecido devido à raridade dessa doença. Mais investigações são necessárias para fornecer evidências para padronizar o protocolo de tratamento.

Palavras-chave: carcinoma neuroendócrino de pequenas células; cavidade nasal; seios paranasais.

TCP11117 HISTOPLASMOSE NASAL SEM ACOMETIMENTO PULMONAR EM PACIENTE IMUNOCOMPROMETIDO

Autor principal: LUCAS JUSTO SAMPAIO

Coautores: JOSE EDUARDO ESPOSITO ALMEIDA, ALEXANDRE JOSE DE SOUSA CUNHA, FLAVIA VARELA CAPONE, LAÍS ANDRADE DE OLIVEIRA, ISABELA BORGIO MARINHO

Instituição: Hospital Federal de Bonsucesso

Apresentação do caso: Adulto jovem, 45 anos, HIV positivo em tratamento irregular e história prévia de rinossinusite crônica com polipose nasal. Admitido no hospital por edema importante, dor e hiperemia em olho direito com diplopia e saída de secreção pela via lacrimal de início há 48 horas.

Tomografia computadorizada dos seios da face com importante aumento das partes moles frontais e periorbitárias a direita, com impregnação levemente irregular pelo meio de contraste, podendo representar processo inflamatório/infeccioso. Deslocamento lateral da lâmina papirácea, determinando compressão sobre o reto medial a direita.

Ressonância nuclear magnética mostrou abscessos em seios maxilares e cavidade frontal esquerda, sinais de desvitalização das cavidades paranasais direita com extensão do processo infeccioso à órbita direita. Empiema subdural junto ao hemisfério cerebral direito.

Iniciado antibioticoterapia venosa e antifúngico (Anfotericina B). Paciente apresentou boa resposta ao tratamento clínico após 24 horas, com melhora da diplopia e dor, porém persistência do edema. Em virtude da imunossupressão optou-se pela abordagem cirúrgica para diagnóstico e coleta de material.

Durante cirurgia observou-se grande quantidade de secreção de aspecto fúngico em todos os seios paranasais e erosão da lâmina papirácea a direita. Cirurgia realizada sem complicações, análise histopatológica com processo inflamatório crônico granulomatoso consistente com etiologia fúngica. O diagnóstico de Histoplasmose se deu através de sorologia positiva para a mesma. O paciente iniciou Itraconazol e retomou o tratamento do HIV e segue em acompanhamento completamente assintomático.

Discussão: A histoplasmose é uma infecção causada pelo fungo *Histoplasma capsulatum*. Na grande maioria dos casos a infecção tem resolução espontânea ou fica restrita aos pulmões. Em 1% ocorre o acometimento extra-pulmonar. É raro o acometimento nasal isoladamente, sem haver o comprometimento pulmonar, e devido o aspecto da lesão, pode muitas vezes ser confundida com uma neoplasia maligna, sendo assim podemos notar a importância da análise histopatológica, exames para detecção do fungo e uma anamnese bem feita para evitar atraso no diagnóstico e tratamento.

Este microorganismo é encontrado em fezes de aves e morcegos. Solo contaminado por galinhas, pombas e secreções de outras aves, e áreas frequentadas pelos animais citados anteriormente. As alterações no solo, provocadas pelo vento, escavações, demolições ou outras atividades relacionadas à construção, podem aumentar significativamente o número de esporos aéreos e resultar em exposição tanto de pessoas próximas a estes locais como de indivíduos mais distantes.

A infecção tem início, geralmente, nos pulmões, quando o inóculo é pequeno e o paciente imunocompetente. Raramente, a infecção se dissemina e envolve diferentes órgãos. Quando atinge a cabeça e o pescoço, os lugares mais afetados são cavidade oral, laringe e faringe. Restringe-se à mucosa e, com frequência, é diagnosticada, erroneamente, como neoplasia maligna¹, podendo ser confundida, também, com doenças granulomatosas e tumores nasais benignos.

O padrão ouro para diagnóstico é o meio de cultura, porém em alguns casos crônicos o meio de cultura não é o mais indicado, devendo assim fazermos o uso de estudo histopatológico com Gomori e sorologias. O tratamento é realizado com itraconazol, e a cirurgia tem papel diagnóstico através da coleta de material para análise e resolução de complicações locais tais como a obstrução nasal, mucocelos e cefaleia.

Comentários Finais: Apesar da lesão nasal por Histoplasmose não ser um diagnóstico rotineiro, não podemos descartar, ainda mais em paciente que residem em áreas rurais, devendo assim realizar uma boa anamnese, além de uma biópsia precoce. Porém como essa patologia não é uma das lesões nasais mais comuns, seu diagnóstico costuma ser atrasado.

Palavras-chave: histoplasmose nasal; imunocomprometido; extra-pulmonar.

TCP11118 RELATO DE CASO: FÍSTULA LIQUÓRICA RINOGENICA ESPONTÂNEA

Autor principal: CÁRITA LOPES MACÊDO

Coautores: ANDRE VALADARES SIQUEIRA, JOSE CARLOS RODRIGUES CHAVES JUNIOR, ISABELA GOMES MALDI, JÚLIA RAMOS DE MELO, HUGO VALTER LISBOA RAMOS, PAULIANA LAMOUNIER E SILVA DUARTE, CLAUDINEY CANDIDO COSTA

Instituição: CRER

Apresentação do caso: D.F.S, 52 anos, hipertensa e pré diabética, apresentou-se em fevereiro deste ano com queixa de rinorreia hialina abundante em narina esquerda há cerca de 1 mês, que piorava a noite e com calor. Sem outros sintomas associados. Negava histórico de trauma ou cirurgias. À rinoscopia visualizava-se lesão com aspecto de pólipos em meato médio esquerdo e rinorreia clara abundante quando a paciente inclinava a cabeça. Foi solicitada ressonância magnética no primeiro atendimento que evidenciou: Meningoencefalocèle frontal à esquerda através de defeito ósseo na parede póstero-inferior do seio frontal ipsilateral, com insinuação de líquido e meninges para algumas células etmoidais e concha nasal superior e média ipsilaterais através de defeitos ósseos na placa cribiforme. Foi submetida a cirurgia endoscópica para fechamento de fístula líquórica com redução de tecido meníngeo que encontrava-se herniado, para reparação do defeito ósseo foi utilizado surgicel, cola de fibrina e foi realizado flap nasosseptal. No pós operatório foi prescrita acetazolamina por 60 dias. Paciente evoluiu bem, sem novos episódios de rinorreia.

Discussão: A fístula líquórica rinogênica ocorre quando há uma conexão do espaço subaracnóideo com o lúmen nasal ou dos seios paranasais. Anatomicamente há um defeito da dura, aracnóide, osso e mucosa. Na maioria dos casos a fístula líquórica rinogênica tem etiologia traumática, secundárias a um acidente ou procedimento cirúrgico. No caso das não traumáticas as mais comuns são as de alta pressão, que ocorrem como consequência de tumor ou hidrocefalia, levando a um aumento da pressão intracraniana (PIC) e causando fístula por erosão óssea e de partes moles. As não traumáticas de pressão normal ocorrem como resultado de anomalias congênitas ou osteomielite e ocasionalmente podem ter sua etiologia indefinida. Nesses casos, o mecanismo da lesão provavelmente se deve a elevações fisiológicas da pressão líquórica. Elevações da PIC súbitas decorrentes de tosse ou esforços físicos podem contribuir para que se desenvolva uma fístula líquórica espontânea. Sintomas comuns são: rinorreia de líquido claro em quantidade variável e cefaleia. Em casos de suspeita de rinorreia por líquido exames de imagem como Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética devem ser solicitados para diagnóstico e planejamento cirúrgico.

O tratamento clínico baseia-se em repouso no leito, decúbito elevado 30 graus, uso de antitussígenos, laxantes e agentes que diminuem a PIC como o manitol, corticóides e acetazolamina. Quando há indicação cirúrgica o acesso depende da causa, do tamanho do defeito e da localização da fístula. A via endonasal pode tratar quase todos os casos, é segura e tem menos morbidade para o paciente que a craniotomia e as técnicas externas. Tem como limitações: locais de difícil acesso, tumores e defeitos muito largos, local da fístula não bem definido no pré operatório. Opções de materiais para reparar as falhas em base de crânio são: fáscia temporal, gordura abdominal, fáscia lata, retalhos de corneto médio ou inferior, cola de fibrina, cartilagem nasal septal, ou uma combinação destes. or, por ex.), surgicel e gelfoam entremeadas por cola de fibrina.

Considerações Finais: Nos casos de fístula espontânea com pressão normal geralmente não há boa resposta ao tratamento conservador estando indicado o tratamento cirúrgico. Os cuidados pós-operatórios gerais consistem em dieta laxativa (medicações laxativas se necessário), decúbito elevado, repouso absoluto no leito por cerca de 5 dias, seguido de repouso relativo.

Palavras-chave: fístula líquórica rinogênica.

TCP11119 HAMARTOMA CONDROMESENQUIMAL NASAL EM ADULTO: UM RELATO DE CASO**Autor principal:** FRANCIELLE TIEMY EIMORI**Coautores:** TAYANNE DE OLIVEIRA SILVA, LUCAS GONÇALVES PINHEIRO, DAYANNE ALINE BEZERRA DE SÁ, RAQUEL FERREIRA MOREIRA, BÁRBARA MONTEIRO PASSOS, FERNANDA HATAB DE CASTRO, LIVIA SCHIRMER DECHEN**Instituição:** Casa de Saúde Santa Marcelina

Apresentação do caso: J.N.F, 23 anos, sexo masculino, natural e procedente de São Paulo (SP), previamente hígido. Encaminhado a hospital terciário por otorrinolaringologista de outro serviço por quadro iniciado há 2 anos de obstrução nasal bilateral, com piora progressiva, rinorreia abundante, hialina a amarelada, e episódios autolimitados de epistaxe. Apresentava também dispneia, disfagia para sólidos e perda ponderal de 5 Kg no período. Ao exame físico, bom estado geral, eupneico, rinoscopia com desvio septal à esquerda em área II, grau I, e abaulamento em parede lateral da fossa nasal direita, com obliteração da mesma por massa rósea e rugosa (semelhante à mucosa adjacente), sem ulcerações visíveis. Oroscoopia com abaulamento central em palato duro, irregular, medindo cerca de 4,5 cm em seu maior diâmetro, com aparente erosão óssea do mesmo. Pescoço sem alterações evidentes. Exames laboratoriais e sorologias realizados previamente não demonstravam quaisquer alterações.

Na ressonância magnética de face, evidenciada volumosa lesão expansiva, de aspecto predominantemente cístico, com sinal heterogêneo com hipersinal em T2 e impregnação heterogênea de contraste, medindo 7,6 x 7,0 x 7,4 cm no maior eixo. Presença de erosão e remodelamento ósseo dos seios paranasais, septo nasal e demais estruturas nasossinusais, assim como do palato, com extensão para terço superior da cavidade oral, assim como extensão para região coanal, sem significativa redução da coluna aérea de nasofaringe. Realizada biópsia incisional sob anestesia local ambulatorial, com resultado anatomopatológico de hamartoma condromesenquimal (HCMN) com baixo índice de proliferação celular. No estudo imuno-histoquímico, apresentava positividade para actina, CD34, enolase, proteína S100, Ki-67 (em 3% das células neoplásicas). Em avaliação conjunta com equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, indicada cirurgia de maxilectomia, com boa recuperação pós operatória.

Discussão: O hamartoma condromesenquimal nasal é um tumor do trato nasosinusal benigno, bastante raro, sendo localmente destrutivo e podendo mimetizar tumores malignos, mais comum em crianças abaixo de 1 ano, com predominância masculina (~2: 1). É incerta sua etiologia, assim como sua associação a outros tumores. Possui características morfológicas mistas, predominantemente mesenquimais e cartilaginosas. Os sintomas dependem do local de acometimento e da compressão causada pelo tumor na cavidade nasal e seios paranasais, mas pode apresentar-se com quadro assintomático ou com sintomas variados, como: obstrução nasal, sintomas oculares (p.e. proptose), epistaxe, facialgia ou cefaleia. O diagnóstico é realizado através da clínica, associada a exames de imagem como tomografia computadorizada e ressonância magnética demonstrando massa não encapsulada, por vezes com componente cístico, apresentando-se heterogênea em T1 e cística em T2. O diagnóstico definitivo se dá pelo histopatológico, sendo que na imuno-histoquímica não há marcadores característicos. Devido à sua raridade, pode ser confundido com outras entidades, como papiloma invertido, condrossarcoma e rabdomiossarcoma. O tratamento é cirúrgico, sendo possível a embolização pré-operatória para reduzir chance de sangramento intraoperatório. Sua recorrência parece ser rara, e há 1 caso reportado de transformação maligna.

Comentários finais: A agilidade do diagnóstico através da biópsia realizada em ambulatório no contexto de limitação de recursos apresentadas pelo Sistema Único de Saúde pode contribuir para melhorar o prognóstico do paciente e reduzir as morbidades causadas por tais tumores. Apesar de ser uma entidade rara, o HCMN deve estar na lista de diagnósticos diferenciais otorrinolaringológicos ao nos depararmos com tumores nasais de aspecto invasivo.

Palavras-chave: hamartoma; condromesenquimal; tumor nasal.

TCP11120 RINOSSINUSITE CRÔNICA COM POLIPOSE NASAL ASSOCIADA A DEFICIÊNCIA DE IRAK4: UM RELATO DE CASO

Autor principal: BRUNO SABEL

Coautores: HENRIQUE CARVALHO, LEONARDO ALBINO MEDEIROS, PATRICIA RAUBER, PAULA NIKOLAY, LAURA CARMINATI, AFONSO POSSAMAI DELLA JUNIOR, JANAINA JACQUES

Instituição: Hospital Governador Celso Ramos

Apresentação do caso: Criança de 3 anos de idade, apresenta-se inicialmente com história de otites médias agudas de e de meningites de repetição que se iniciaram nos primeiros anos de vida. Ainda, no histórico de doenças pregressas havia relato de hidrocefalia, tendo necessitado de derivação ventricular peritoneal, ventriculites e erisipela em membros. Encaminhado para avaliação otorrinolaringológica onde inicialmente evidenciou-se perda auditiva condutiva e rinossinusite crônica (RSC) com polipose extensa em seios paranasais bilaterais evidenciada em exame de imagem (Tomografia Computadorizada). Realizada então, colocação de tubos de ventilação bilateral e sinusectomia maxilar e etmoidal. Paciente permaneceu em acompanhamento no serviço de Otorrinolaringologia terciário. Após 2 anos de seguimento, voltou a apresentar polipose em seios paranasais bilateralmente e manteve-se apresentando infecções repetidas em seios paranasais que demandavam tratamento com antibioticoterapia de amplo espectro. Seguiu-se o acompanhamento deste em conjunto com as equipes de imunologia e pediatria a fim de investigar-se a possibilidade de imunodeficiências. Notou-se inicialmente durante a investigação, uma deficiência de anticorpos anti-pneumococo. Paciente iniciou com protocolos de Imunoglobulinas a fim de minimizar a frequência dos episódios infecciosos. Através do sequenciamento completo do exoma, foi evidenciada a imunodeficiência por deficiência de quinase 4 associada ao receptor da interleucina-1 (IRAK4). Atualmente, criança com 8 anos de idade, segue em acompanhamento com o Serviço de Otorrinolaringologia, tendo sido abordado cirurgicamente em duas novas ocasiões – sinusectomias amplas bilaterais. Em última avaliação ambulatorial, não foi evidenciada recidiva de polipose nasossinusal à videonasoendoscopia ou aos métodos diagnósticos de imagem. Paciente segue em tratamento clínico com corticoesteróide nasal e lavagem nasal com soro fisiológico diariamente, mantém-se assintomático clinicamente, sem novos episódios infecciosos.

Discussão: Alguns estudos relataram uma relação entre variações genéticas específicas no gene da quinase-4 associada ao receptor de interleucina-1 à suscetibilidade do hospedeiro para desenvolver rinossinusite e a prevalência de infecções bacterianas Gram-positivas. Outras investigações também acrescentam a existência de uma relação entre infecções recorrentes por germes Gram-positivos e reações de defesa deficientes em pacientes pediátricos com mutações genéticas IRAK4. A IRAK4 é uma serina-treonina quinase que é considerada uma peça chave na sinalização da via dependente de MyD88 do receptor Toll-like/IL-1 (TIR) e também em outros receptores Toll-like. Quando o gene IRAK4 interage com MyD88, leva à ativação do fator nuclear-kb (NF-kB) e, consequentemente, à transcrição de mediadores inflamatórios (como IL-6). Zhang et al (2011) relataram um padrão de associação dependente de gênero e alérgeno entre alguns polimorfismos do gene IRAK4 e rinite alérgica em uma população chinesa. Além disso, o estudo de Sutherland e colaboradores (2011) sugeriu que o haplótipo do gene IRAK4, modifica a suscetibilidade à infecção por bactérias Gram-positivas, diminuindo a resposta celular aos ligantes de TLR. É provável que a variação genética por si só não crie a doença como tal, mas, em vez disso, confira suscetibilidade ao seu desenvolvimento.

Comentários finais: Frente à quadros de múltiplas infecções sucessivas em pacientes pediátricos, deve-se recorrer à hipótese diagnóstica de imunodeficiências. Em alguns pacientes, a imunodeficiência contribui para a fisiopatologia da rinossinusite crônica. As deficiências imunológicas mais comuns associadas à RSC são humorais, como deficiência de anticorpos específicos. Os tratamentos atuais para essas deficiências imunológicas incluem vacinação, antibióticos, reposição de imunoglobulinas e cirurgias. Nesse ínterim, faz-se necessário um acompanhamento multidisciplinar, bem como um controle clínico rigoroso com vistas a proporcionar uma melhor qualidade de vida a estes pacientes.

Palavras-chave: rinossinusite crônica; imunodeficiência; polipose nasal.

TCP11121 MUCORMICOSE NASAL: TRATAMENTO RÁPIDO EVITA SEQUELAS E ÓBITO.

Autor principal: WESLEY MARTINS QUESSADA ARRUDA

Coautores: PAULO RENATO BARCHI, RAFAELA DESIDERIO SAAD, RENAN CÉSAR DE FREITAS, PEDRO HENRIQUE CARRILHO GARCIA, MARIA LUIZA ROHR ZANON, VICTOR ENGLER TELLINI E SILVA, ATILIO MAXIMINO FERNANDES

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Apresentação de caso: Mulher branca, ACS, 45 anos comparece ao Hospital de Base de São José do Rio Preto em 05/01/2022 referenciada via regulação estadual (CROSS), com queixa de facialgia importante a direita que já perdurava três semanas, associado com turvação visual ipsilateral que iniciou na última semana. Relatou que inclusive fez uso de dois antimicrobianos, mas que não se recordava do nome dos mesmos. Como antecedentes pessoais foi observado hipertensão arterial sistêmica, controlada com losartana e atenolol, e diabetes mellitus descompensada.

Na admissão a mesma estava em bom estado geral, orientada em tempo e espaço, valor pressórico de 130 x 90 mmHg, frequência respiratória de 19 irpm, frequência cardíaca em torno de 90 bpm e dextro capilar de 230 mg/dl. No exame físico dirigido foi observado reflexo fotomotor e consensuado presente em ambos os olhos, rinorreia esverdeada e crostas em cavidade nasal a direita durante a rinoscopia anterior. Já na oroscopia foi observado placa enegrecida de 0,5x0,5 cm em região de palato anterior. À nasofibrosopia foi visualizado edema com sofrimento de mucosa em cornetos médios bilateralmente, associado a crostas enegrecidas e secreção esverdeada oriunda de meatos médios. Realizado exame tomográfico em contraste iodado que sugeriu rinossinusite com componente fúngico. Oftalmologia descartou lesão do nervo óptico e síndrome do ápice orbitário.

Paciente é internada, sendo prescrito 2 gramas de Ceftriaxona / dia, associado com clindamicina 600 mg cada 8 horas. Além de irrigação nasal em alto fluxo, com soro fisiológico. Em 06/01/2022 foi realizado a antrostomia maxilar e etmoidal bilateralmente, somado a septoplastia, turbinectomia média bilateral e desbridamento da área desvitalizada de palato. Enviado material para anatomopatológico e cultura, que resultou positivo para rinossinusite fungica ativa, por *Mucor spp.*

Após a confirmação diagnóstica, foi instituído tratamento tópico nasal com mupirocina pomada diluída em 200 ml de soro fisiológico, 3x ao dia, associado com hospital dia, associado a anfotericina B complexo lipossomal.

Paciente segue em acompanhamento quinzenal em ambulatório de otorrinolaringologia do Hospital de Base, da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), estando no momento totalmente assintomática, sem queixas visuais e sem lesão em cavidade bucal. Nasofibrosopia com cavidades amplas, ausência de sofrimento de mucosas e ausência de secreção.

Discussão: “A mucormicose em geral afeta pacientes imunodeprimidos, como diabéticos, etc. O fungo em geral inicia sua invasão pela mucosa nasal, com acometimento dos seios da face, seguido de erosão do palato duro, órbita e cérebro”. Corrobora-se com Xavier, Korn e Granato, 2004, sendo o caso por nós apresentado muito semelhante ao descrito pelos autores.

A mortalidade da mucormicose rinocerebral é em torno de 50%. Nossa casuística é semelhante, com quatro pacientes diagnosticados com *Mucor spp.* Sendo que 2 evoluíram para óbito, o outro está com amaurose ipsilateral ao lado nasal.

Comentários finais: Quando nos deparamos com mucormicose nasal o fator tempo é imperativo, pois isso permite melhora considerável do prognóstico. Contudo, mais estudos deverão ser realizados afim de definir um tempo limite para abordagem sem prejuízo ao paciente.

Palavras-chave: mucormicose nasal; tratamento; mortalidade.

TCP11122 RELATO DE CASO: PANSINUSOPATIA CRÔNICA COMPLICADA COM FÍSTULA FRONOCUTÂNEA

Autor principal: CÁRITA LOPES MACÊDO

Coautores: ALDA LINHARES DE FREITAS BORGES, ISABELA GOMES MALDI, JOSE CARLOS RODRIGUES CHAVES JUNIOR, LUCAS DA SILVA BRAZ, VICTORIA FRANCO GONCALVES, HUGO VALTER LISBOA RAMOS, CLAUDINEY CANDIDO COSTA

Instituição: CRER

Apresentação do caso: D.V.S., 65 anos, com histórico de hipertensão e neoplasia de quadril, apresentou-se em abril deste ano com queixa de lesão em pálpebra superior direita há 2 anos com drenagem espontânea de secreção purulenta. Também tinha como queixas obstrução nasal e rinorreia anterior. Ao exame físico apresentava desvio de septo nasal em crista para a direita e orifício de drenagem em região supra orbitária a direita, sem outras alterações. Tomografia evidenciava: Solução de continuidade do seio frontal direito com lesão supra orbitária que drenava secreção do seio, fratura cortical óssea do seio frontal direito ao nível da glabella e pansinusopatia crônica agudizada. Foi instituído tratamento com antibiótico, corticoide sistêmico e nasal e lavagem nasal com soro fisiológico. Após 10 dias foi submetido a pansinusectomia - abordagem DRAF 3 e fechamento da fístula. Paciente evoluiu bem no pós operatório.

Discussão: Rinossinusite Crônica (RSC) é o processo inflamatório da mucosa nasossinusal que tem duração superior a 3 meses. Alguns dos fatores associados a RSC são: anormalidades anatômicas nos óstios de drenagem dos seios paranasais, hipofunção das células ciliares, desvio de septo nasal e muco nasal espesso. O diagnóstico se baseia na presença de dois ou mais dos seguintes sintomas: Obstrução nasal, rinorreia anterior ou posterior, dor/pressão facial/cefaleia e distúrbio do olfato. As complicações mais comuns podem ser orbitopalpebrais, ósseas e intracranianas. A fístula frontocutânea é uma complicação atípica. Possíveis causas incluem disseminação da infecção para o osso frontal levando a reabsorção óssea e mucocele causando erosão óssea. Nestes casos sempre é necessária a realização de exames de imagem para avaliar se há osteíte ou osteomielite. A abordagem clínica desses casos inclui antibioticoterapia, corticoterapia e lavagem nasal com soro fisiológico. Já o tratamento cirúrgico pode ser feito através sinusotomia endoscópica com ou sem trepanação do frontal. Se houverem evidências de necrose ou tecido de granulação no intraoperatório o debridamento deve ser feito. A maioria dos cirurgiões realiza o fechamento primário da fístula e mantém antibioticoterapia por 6 a 8 semanas. O aspecto mais importante do manejo cirúrgico é a restauração da patência do trato de drenagem do seio frontal.

Comentários finais: Pacientes que se apresentam com lesões de pele com drenagem purulenta crônica na região da face devem sempre ser interrogados acerca de sintomas de RSC, pois nesses casos a presença de uma fístula sino-cutânea deve estar nos diagnósticos diferenciais.

Palavras-chave: rinossinusite crônica; fistula frontocutânea.

TCP11123 TUMOR EDEMATOSO DE POTT: UMA COMPLICAÇÃO RARA DA RINOSSINUSITE AGUDA EM PACIENTE PEDIÁTRICO

Autor principal: LUCAS CARNEIRO NASCIMENTO PEREIRA

Coautores: SÁVIA MOURA TRINDADE VIANA, ALISSON LEANDRO CAMILLO PEREIRA, ANDRÉ LIMA VALENTE, ANA VIRGÍNIA TORQUATO DE AQUINO, GABRIELA MAIA ALMEIDA BRANDÃO LINO, GUSTAVO SUBTIL MAGALHÃES FREIRE

Instituição: Hospital Universitário de Brasília

Apresentação de caso: V.H.L.O, 15 anos, masculino, história de rinorréia unilateral purulenta em fossa nasal esquerda associada a dor facial ipsilateral há cerca de 30 dias. Evoluiu com edema facial em região frontal esquerda, seguido de edema palpebral bilateral. Mãe referiu uso de Penicilina Benzatina 1.200.000 UI, via intramuscular, dose única, seguido de Azitromicina, via oral, 500mg/dia por 05 dias, associado hidrocortisona e prometazina, sem melhora do quadro clínico. Nega uso de medicações de uso contínuo, comorbidades ou alergias medicamentosas. Ao exame, apresentava abaulamento em região frontal à Esquerda, com tumefação com flutuação, indolor a palpação e sem demais sinais flogísticos. Associado a edema palpebral bilateral com rinorreia purulenta em meato médio de fossa nasal esquerda por videoendoscopia nasal. Foi realizado exame tomográfico de seios paranasais com contraste identificado presença de material com sinais de partes moles com presença de gás de permeio em região de seios frontal, maxilar e etmoidal esquerdos associado a coleção subgaleal frontal com sinais de osteomielite e erosão da tábua anterior do frontal, sem sinais de celulite orbitária. Foi submetido a internação para uso de antibioticoterapia endovenosa com Ceftriaxona 2g/dia associado a Clindamicina 1800mg/dia e dexametasona 8mg/dia seguido de sinusectomia maxilar esquerda, etmoidectomia anteroposterior esquerda e sinusotomia frontal Draf IIA Esquerda e Drenagem externa via acesso supra-palpebral esquerdo do abscesso subperiosteal frontal esquerdo com inserção de dreno de Penrose nº 2, com retirada em 24 horas. Apresentou melhora clínica significativa após abordagem cirúrgica com alta hospitalar após 05 dias de internação e abordagem cirúrgica. Em seguimento ambulatorial, com boa evolução negando queixas nasais funcionais, déficit visual ou neurológico associado.

Discussão: A rinossinusite aguda pode evoluir com complicações intra ou extracranianas, por meio da disseminação venosa ou por extensão direta. O tumor edematoso de Pott foi descrito inicialmente por Sir Percival Pott em 1760 como quadro de abscesso subperiosteal do osso frontal com osteomielite. É considerada como uma complicação extra-craniana da rinossinusite frontal aguda, predominantemente em adolescentes devido aumento da vascularização diploica do seio frontal nessa faixa etária. Incidência é rara devido à ampla utilização de antibioticoterapia. Os principais agentes são *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* sp e anaeróbios. Sinais e sintomas comuns são a cefaléia, tumefação frontal com flutuação, rinorreia e febre. Eventualmente, associada com demais complicações como rigidez de nuca, alterações do nível de consciência, complicações orbitárias. O padrão ouro diagnóstico é a tomografia computadorizada com contraste a qual confirma a presença de osteomielite da parede externa do seio frontal e revela demais complicações intra ou extracranianas associadas, associado diagnóstico microbiano através de cultura de secreção. O tratamento indicado envolve cobertura com antibioterapia intravenosa de amplo espectro com penetração em Sistema Nervoso Central, como Ceftriaxona, Clindamicina, Metronidazol e Vancomicina, por pelo menos 6 a 8 semanas. Indicado abordagem cirúrgica da área acometida, geralmente em abordagem multidisciplinar com Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Neurocirurgia.

Considerações Finais: Relato deste caso objetiva-se em reforçar a importância do diagnóstico desta complicação rara da rinossinusite aguda, assim como abordagem cirúrgica como etapa primordial do tratamento.

Palavras-chave: Pott's Puffy tumor; rinossinusite aguda; complicações extra-cranianas.

TCP11124 HEMANGIOMA NASAL COM RESPOSTA A TRATAMENTO COM BETABLOQUEADOR

Autor principal: MARINA JESUS DO CARMO

Coautores: OTÁVIO RIGONI ROSSA, PATRICIA RAUBER, AFONSO POSSAMAI DELLA JUNIOR

Instituição: Hospital Governador Celso Ramos

Apresentação do caso: Paciente masculino, 33 anos, vem ao consultório apresentando lesão em vestíbulo nasal arroxeadada de crescimento progressivo há 3 meses, realizou tratamento com outros profissionais com antibiótico oral sem resposta. Ao exame clínico evidenciou-se lesão arroxeadada, amolecida em região de rádx até vestíbulo nasal estendendo-se a região anterior ao processo frontal da maxila direita. Em videonasoendoscopia foi observado abaulamento de vestíbulo nasal e leve arroxejamento de septo nasal à direita. Tomografia computadorizada dos seios da face demonstrou lesão expansiva com atenuação de partes moles localizada no vestíbulo nasal à direita, hipervascular, com 2,9 x 2,7 x 2,1 cm, mantendo íntimo contato com osso nasal direito, com cortical íntegra. Ressonância magnética demonstrou lesão expansiva sólida com sinal heterogêneo, medindo 3,0 x 3,0 x 2,2 cm (volume 10,37 cm³), com focos de hipersinal de perimeio em ponderação T2, contornos regulares e limites definidos situada na cavidade nasal direita, ocupando grande parte do vestíbulo nasal e projetando-se posteriormente, distorcendo a asa nasal. Ocorreu acentuada impregnação heterogênea de contraste, com vasos tortuosos, com calibre de até 0,1 cm permeando a lesão.

Iniciou-se tratamento com propranolol 40 mg/dia por 1 mês e após aumentado para 80 mg por dia por mais 1 mês, paciente apresentou redução importante da lesão, mantendo apenas leve arroxejamento da pele de terço médio nasal, já sem tumoração presente. Paciente mantém acompanhamento no serviço e dose de manutenção de propranolol de 40 mg/dia mantendo bom controle da lesão.

Discussão: Os hemangiomas são os tumores vasculares benignos mais comuns da região de cabeça e pescoço, porém são muito raros em cavidade nasal e seios paranasais. Geralmente apresentam-se como massa avermelhada, bem delimitada, de crescimento indolor. Tem etiologia ainda desconhecida. Podem ser pouco sintomáticos ou até levar a quadros de epistaxe e obstrução nasal de acordo com a região que se encontram e o tamanho da lesão. O hemangioma do caso em questão foi diagnosticado devido a deformidade estética facial importante que causava no paciente, sem outros sintomas associados.

Os exames de imagem são indicados para melhor avaliação da lesão e nestes visualiza-se o grau de acometimento dos ossos nasais e da maxila. A ressonância magnética nos hemangiomas demonstra lesões isointensas ou hipointensas em T1 e hiperintensas em T2, com impregnação de contraste.

Em vista de possíveis complicações, um tratamento eficaz e sem efeitos colaterais é necessário. Em sua maioria opta-se por tratamento com excisão cirúrgica. Outros possíveis tratamentos são o uso de corticosteroides sistêmicos e a laserterapia, em muitos casos levando a efeitos colaterais e cicatrizes inestéticas.

Os betabloqueadores, especificamente o propranolol, são uma boa opção terapêutica. Esse medicamento tem como principais efeitos colaterais a hipotensão e hipoglicemia. Em comparação com os corticosteroides, o propranolol induz resposta mais rápida, melhor taxa de resposta, menor risco de recidiva e menor necessidade de intervenção cirúrgica.

Comentários finais: Apesar de não ter sido realizada biópsia neste caso, as características clínicas, radiológicas e a boa resposta ao tratamento clínico com propranolol corroboram com o diagnóstico que havia sido suspeitado desde a primeira avaliação do paciente de hemangioma nasal. O uso do propranolol demonstra ser uma boa opção de tratamento, com menos efeitos colaterais e menor risco de Resultados inestéticos.

Palavras-chave: hemangioma nasal; propranolol.

TCP11125 MUCOCELE EM SEIO ETMOIDAL ANTERIOR: RELATO DE CASO

Autor principal: MARÍLIA MONTIS LANZAROTTI HOSKEN

Coautores: MIRELLA PEREIRA SOUZA PAIXÃO, NATÁLIA MARTINS DE ARAUJO, RODRIGO AMORIM QUESADO, MARIA CLARA SOUZA SCHETTINI, VERENA SILVA CALDAS, THATIANA PEREIRA SILVA, GUSTAVO CITTADIN DEL PRATO

Instituição: Hospital Otorrinos de Feira de Santana

Apresentação do caso: J.E.S.N. 35 anos, sexo masculino, com queixa de alteração estética de olho direito, associada a diplopia há 4 meses. Histórico de acidente automobilístico há 12 anos, com fratura em região de supercílio direito, submetido a cirurgia, não especificada, na ocasião. Paciente mantinha-se assintomático, porém há 4 meses notou proptose em olho direito de aumento gradual, seguida de diplopia. Nega quaisquer outros sintomas associados. Nega comorbidades. À ectoscopia apresentava cicatriz em supercílio direito, com proptose ipsilateral, sem outros achados no exame físico. Videoendoscopia nasal evidenciando desvio septal em esporão à esquerda tocando corneto inferior esquerdo. Prosseguida investigação com tomografia de face que revelou lesão compatível com mucocele do seio etmoidal anterior. Realizada exérese cirúrgica por via endoscópica nasal, com resolução da compressão e abordagem da cirurgia plástica para correção de proptose. Após 1 ano da cirurgia, não há evidências de recidiva da mucocele.

Discussão: As mucocèles são lesões benignas, encapsuladas, preenchidas por muco e recobertas por epitélio da mucosa respiratória, expansivas, localmente destrutivas e de crescimento lento, decorrentes da obstrução dos óstios de drenagem dos seios paranasais. Comumente, unilaterais e os seios frontal (60% dos casos) e etmoidal (20% dos casos) são os mais acometidos. A Apresentação clínica normalmente tem sintomas insidiosos que variam com a extensão da região acometida. A etiologia inclui os processos inflamatórios, neoplásicos, pós-operatórios e pós-traumáticos. O diagnóstico depende da história, exame físico e exames radiológicos. O tratamento é sempre cirúrgico, sendo a cirurgia endoscópica nasal o método de escolha na maioria dos casos.

Comentários finais: A investigação das mucocèles está indicada sempre que houver sintomas oculares como proptose, diplopia, oftalmoplegia, amaurose e redução da acuidade visual, associados a história de trauma, sinusite crônica ou cirurgias prévias que envolveram os seios da face. O diagnóstico precoce minimiza os prejuízos do paciente, que pode evoluir até com perda da visão. A tomografia computadorizada é um exame de excelência no diagnóstico inicial e no manejo posterior da mucocele. A cirurgia endoscópica nasal é efetiva, apresentando menos complicações e recidivas, além de melhor resultado estético.

Palavras-chave: mucocele; trauma; seio etmoidal anterior.

TCP11126 CARCINOMA NEUROENDÓCRINO POUCO DIFERENCIADO PÓS RADIOTERAPIA : UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Autor principal: ARTUR GUILHERME HOLANDA LIMA

Coautores: MIKHAEL RANIER LEITE RAMALHO, RAFAEL BUSTAMANTE DE CASTRO, DANIEL ALENCASTRO DE SOUSA

Instituição: Hospital Geral de Fortaleza

Apresentação do caso: Paciente 61 anos, sexo feminino com queixa de dois episódios autolimitados de epistaxe e obstrução nasal à esquerda, há 2 anos. Ao exame físico, apresenta lesão extensa lobulada ocupando fossa nasal esquerda abaulando septo nasal para direita e ocluindo parcialmente visualização do cavum esquerdo. Tomografia de seios paranasais mostrando lesão hipoatenuante, expansiva e com aspecto infiltrativo, alarga a fossa pterigopalatina, erodindo e remodelando o processo pterigóide, determinando anteriormente deiscência da parede medial maxilar esquerdo e medialmente estende-se para a porção posterior da cavidade nasal esquerda e a parede anterior do seio esfenoidal esquerdo. Realizada biópsia incisional da lesão com histopatológico e imuno-histoquímica confirmando tratar-se de carcinoma neuroendócrino pouco diferenciado grau 3. Encaminhada para oncologia, sendo realizado radioterapia com a dose total de 70Gy. Após fim do tratamento radioterápico, observou-se aumento da lesão com infiltração da parede inferior da órbita e oclusão total do cavum esquerdo. Paciente também se queixou de hipoacusia a esquerda, sendo diagnosticado como otite média secretora. Foi optado por exérese da lesão tumoral, por meio de maxilectomia medial endoscópica, etmoidectomia anterior, acesso a fossa pterigomaxilar, ligadura de artéria maxilar interna e ramos com cliques metálicos e remoção de lâmina papirácea inferior com preservação do conteúdo orbitário, além de remoção de segmentos de septo nasal e tórus tubário que se encontravam infiltrados. A análise anatomopatológica confirmou novamente tumor neuroendócrino. Apresenta boa evolução clínica em seguimento ambulatorial.

Discussão: Os tumores carcinóides são neoplasias com origem nas células neuroendócrinas, sendo extremamente raros no trato nasossinusal. Esses tumores podem estar associados a diversas síndromes ou endocrinopatias. O paciente em questão, cujo tumor era localizado somente na região cervicofacial, não apresentava outros sintomas sistêmicos ou relacionados com a síndrome carcinóide. O diagnóstico veio através de anatomopatológico da lesão, já que clinicamente apresentava sintomatologia inespecífica. Tomografia e ressonância são fundamentais para o estadiamento tumoral e avaliação da existência de metástases à distância, sendo negativas no caso descrito. A microscopia eletrônica e imuno-histoquímica são extremamente úteis no estudo das características morfológicas e biológicas do tumor. Para maiores graus de diferenciação do tumor, tende-se a preconizar a radioterapia. Inicialmente, optamos pela radioterapia para o tratamento do paciente, no entanto observamos discreto aumento de massa tumoral após fim das sessões. Alguns estudos sugerem que esses tumores não costumam responder bem a radioterapia isoladamente, sendo melhor indicada, quando possível, a remoção cirúrgica da lesão como no caso relatado. Além disso, é descrita taxa de recorrência considerável mesmo após exérese devido ao caráter infiltrativo da lesão.

Comentários finais:

O carcinoma neuroendócrino é uma entidade tumoral muito infrequente que aparece na cavidade nasal e seios paranasais, com pouca experiência no seu manejo. Não há protocolos de tratamento. No entanto, uma terapia combinada é vantajosa. Devido alta taxa de recorrência local, é necessário um acompanhamento de longo prazo.

Palavras-chave: carcinoma neuroendócrino; maxila; neoplasias otorrinolaringológicas.

TCP11127 PÓLIPO DE KILLIAN EM PACIENTE COM SÍNDROME DE CORNELIA DE LANGE: RELATO DE CASO.

Autor principal: JOSE CARLOS RODRIGUES CHAVES JUNIOR

Coautores: LEANDRO CASTRO VELASCO, CÁRITA LOPES MACÊDO, ISABELA GOMES MALDI, JÚLIA RAMOS DE MELO, LUCAS DA SILVA BRAZ, WILDER ALVES, CLAUDINEY CANDIDO COSTA

Instituição: CRER

Apresentação do caso: Paciente EKMA, feminina, 14 anos, portadora de Síndrome de Cornélia Lange e epilepsia em acompanhamento com neurologista. Encaminhada ao ambulatório com queixa de respiração oral, roncos com apneia e despertares noturnos. Nega alergias ou cirurgias otorrinolaringológicas previamente. Ao exame físico apresenta desvio do septo nasal para esquerda parcialmente obstrutivo, polipose bilateral, sendo grau III em fossa nasal direita e grau II em fossa nasal esquerda. Em oroscopia, amígdalas grau II, sem exudato.

Em tomografia de seios da face é visualizado desvio septal para esquerda, sinais de rinossinusite aguda havendo níveis hidroaéreos em seios frontais e esfenoidais. Preenchimento de células etmoidais por material hipoatenuante. Seios maxilares preenchidos de material hipoatenuante que se estende ao complexo infundíbulo ostio-meatal até a cavidade nasal bilateralmente, as quais se apresentam densificadas (Pólipo Antrocoanal?).

No intra operatório, realizado sinusectomia de todos os seios exceto frontais. Sendo notado polipose bilateral, com polipo à direita inserindo em parede do seio maxilar ipsilateral e em narina esquerda com inserção em meato medio. Exerese dos mesmos, sendo que não foi possível retirada do pólipo em fossa nasal direita devido à extensão do mesmo, sendo retirado via acesso oral.

Discussão: Revisão de literatura nos mostra que a Síndrome de Cornélia Lange (CdLS) é uma síndrome rara de malformação do desenvolvimento caracterizada por problemas de aprendizagem, baixa estatura, anormalidades nos membros e características craniofaciais distintas. As estimativas publicadas de incidência da síndrome de Cornélia de Lange variam de 1 em 10.000 a 1 em 100.000 nascidos vivos (Barisic et al. 2008; Opitz 1985). Quando analisamos as alterações otorrinolaringológicas, podemos citar principalmente : Fissura palatina submucosa foi encontrada em cerca de 14%, Sinusite crônica foi observada em 39%, muitas vezes com pólipos nasais. O pólipo antrocoanal ou pólipo de Killian, é uma neoplasia benigna, pouco frequente e com origem na parede posterior do seio maxilar. O diagnóstico é baseado principalmente na endoscopia nasal e tomografia computadorizada. Os pólipos antrocoanais têm uma incidência aproximada de 4%-6% de todos os pólipos nasais na população geral e são mais comuns na faixa pediátrica e adolescentes. O tratamento preconizado é exclusivamente cirúrgico e envolve a total da lesão, incluindo a inserção que geralmente encontra-se na parede lateral ou posterior do seio acometido. A principal causa de recidiva é a não remoção deste pedículo de inserção do pólipo ou remoção incompleta da lesão.

Comentários finais: Pólipo de Killian é uma doença de etiologia incerta, que afeta principalmente adolescentes e adultos jovens. O tratamento consiste em excisão cirúrgica endoscópica com ótimos Resultados. No caso acima, em que paciente apresenta uma síndrome com diversas apresentações clínicas, o tratamento cirúrgico envolve análise minuciosa das variantes envolvidas para minimizar complicações intra e pós operatórias.

Palavras-chave: síndrome de cornelia de lange; sinusite; polipo de killian.

TCP11128 LEIOMIOSSARCOMA NA CAVIDADE NASAL

Autor principal: ANA VIRGÍNIA TORQUATO DE AQUINO

Coautores: SÁVIA MOURA TRINDADE VIANA, GABRIELA MAIA ALMEIDA BRANDÃO LINO, LUCAS CARNEIRO NASCIMENTO PEREIRA, ANDRÉ LIMA VALENTE, ALISSON LEANDRO CAMILLO PEREIRA, GUSTAVO SUBTIL MAGALHÃES FREIRE

Instituição: Hospital Universitário de Brasília

Apresentação do caso: Paciente J.A.S., sexo masculino, 60 anos, com dislipidemia, hipertensão, diabetes mellitus tipo II e Doença de chagas, procurou o pronto socorro de otorrinolaringologia devido obstrução nasal bilateral com piora progressiva, associada a epistaxe recorrente e hiposmia esporádica, há 6 meses. Durante um dos episódios de epistaxe realizou tomografia computadorizada de seios paranasais e foi vista lesão tumoral em coanas. Foi solicitado risco cardiológico e referenciado ao ambulatório de rinologia, onde foi indicada ressecção endoscópica da lesão. Durante a cirurgia foi visto que era bem vascularizada, sangrante, eritematosa, superfície irregular, pediculada em corneto inferior direito. Após ressecção foi laudada histopatologicamente como leiomiossarcoma, com confirmação imunohistoquímica. As margens estavam comprometidas e o paciente foi encaminhado à radioterapia. Evoluiu sem queixas no pós operatório e sem recidivas locais 4 meses após cirurgia, mesmo sem ainda ter iniciado radioterapia adjuvante.

Discussão: O leiomiossarcoma é um tumor maligno originado do músculo liso, ocorrendo mais frequentemente no trato gastrointestinal e no útero. Raramente encontrado na cavidade nasal e nos seios paranasais, o primeiro caso foi descrito em 1958 e apenas 20 casos nasais foram relatados até 2018, com idade média de diagnóstico de 53 anos e ligeira predominância em homens. Representa 2,3% de todas neoplasias não epiteliais nasossinusais e da laringe. A origem desse tumor quando encontrado no nariz e seios paranasais permanece obscura, mas deduz-se que eles se desenvolvem da túnica média dos vasos sanguíneos, sendo que a região nasal posterior tem uma incidência maior quando comparada a anterior, fato atribuído à maior irrigação dessa área. Vários fatores de risco são supostos, como exposição à radiação, quimioterapia, ciclofosfamida e formaldeído, mas o paciente do caso relatado negou todos. Os achados clínicos e radiológicos são inespecíficos, sendo feito diagnóstico definitivo com histopatologia. A imunohistoquímica é indispensável para diagnóstico diferencial com rabiomiossarcomas, fibrosarcomas e schwannomas malignos. Apresentam uma alta taxa de recorrência local, devendo ser realizado cirurgia extensa com retirada de grande margem de tecido sadio, pois tratamentos clínicos são insuficientes. Radioterapia adjuvante é reservada para pacientes com doença localmente avançada ou metastática, mas as recomendações são incertas. O prognóstico do tumor quando apenas na cavidade nasal é bom, melhor do que nos seios paranasais.

Comentários finais: O paciente do caso relatado apresentava sintomas inespecíficos e teve seu diagnóstico confirmado apenas após a cirurgia. Esse tipo de tumor é raro e a excisão cirúrgica ampla é o tratamento de primeira linha. Devido a alta taxa de recorrência local, esses pacientes necessitam de seguimento a longo prazo, com intervalo curto entre consultas e exames de videoendoscopia minuciosos.

Palavras-chave: leiomiossarcoma; nasal; tumor.

TCP11129 MUCOCELE FRONTOETMOIDAL EM PACIENTE IDOSA: RELATO DE CASO

Autor principal: CRISLLI PREUSSLER CHIARADIA

Coautores: RENATO ROITHMANN, ROBERTO DIHL ANGELI, BRUNA MIRAPALHETE BELLINASSO, CAROLINA SANDI KUNZ, MURIEL FERREIRA DA SILVA, NATÁLIA REBELATTO VANZ, MARIA LUÍSA MARTINS FRUHAUF

Instituição: ULBRA

Apresentação de caso:

G.L.B, 74 anos, feminino, hipertensa, refere tumoração em região medial da órbita esquerda acompanhada de baixa acuidade visual e diplopia ipsilateral há cerca de 3 anos. Sem história pregressa de infecção de via aérea superior, cirurgia e trauma. Ao exame físico, apresentava tumoração amolecida e indolor na região medial da órbita esquerda que proporcionava restrição à mobilidade ocular medial e proptose. À endoscopia nasal, visualizava-se abaulamento do processo uncinado à esquerda. Em avaliação oftalmológica, apresentava a acuidade visual de vultos em olho esquerdo. Exame tomográfico evidenciou lesão expansiva homogênea de 3,6 x 3,1 cm na região fronto-etmoidal à esquerda com remodelamento ósseo e compressão da face medial da órbita esquerda com realce pelo contraste, além de sinusopatia maxilar à esquerda. Foi realizada sinusotomia frontal DRAF I e maxilar. Teve boa evolução no pós-operatório e apresentou melhora da acuidade visual do olho acometido.

Discussão: Mucocele dos seios paranasais é uma lesão com acúmulo de muco que evoluem com caráter expansivo e crescimento lento devido à obstrução do óstio de drenagem. Pode ocorrer erosão das estruturas ósseas adjacentes. É mais prevalente nos seios frontal e etmoidal e a incidência ocorre mais entre 30 a 50 anos, sem preferência por sexo. Podem apresentar cefaleia e sintomas visuais (redução da acuidade visual, proptose e mobilidade ocular). A etiologia abrange trauma, neoplasia, infecção e cirurgia prévia. O diagnóstico baseia-se na clínica e exames de imagem - a TC dos seios da face mostra o acometimento ósseo e a extensão da lesão. O tratamento é cirúrgico, com acesso endonasal e/ou externo. A abordagem abrange drenagem da lesão e marsupialização.

Comentários finais: Deve-se atentar para realizar o diagnóstico diferencial entre as possíveis etiologias e afastar a possibilidade de neoplasia. Devido ao crescimento lento da mucocele, os pacientes podem demorar para procurar atendimento médico e, assim, evoluir com acometimento ocular.

Palavras-chave: mucocele; frontoetmoidal; alteração visual.

TCP11130 MUCOPIOCELE FRONTOETMOIDAL E MAXILAR: RELATO DE CASO

Autor principal: CRISLLI PREUSSLER CHIARADIA

Coautores: RENATO ROITHMANN, ROBERTO DIHL ANGELI, BRUNA MIRAPALHETE BELLINASSO, CAROLINA SANDI KUNZ, MURIEL FERREIRA DA SILVA, NATÁLIA REBELATTO VANZ, JÚLIA BORTOLINI ROEHRIG

Instituição: ULBRA

Apresentação de caso: V.T.P., 45 anos, feminino, tabagista, apresentou quadro de sinusite e realizou tratamento com antibioticoterapia, porém manteve obstrução nasal. Ao longo de seis meses, evoluiu com tumoração ocular, proptose e ptose à esquerda associada à queixa de diplopia, sem redução da acuidade visual. A avaliação otorrinolaringológica demonstrou secreção mucopurulenta em meato médio esquerdo, além da tumoração amolecida e indolor na região superior do olho esquerdo. À TC de seios da face, visualizou-se material com densidade de partes moles preenchendo os seios maxilar, etmoide e frontal esquerdos com descontinuidade das paredes ósseas adjacentes de 3,7 x 2,4 x 3,3 cm. À RM de seios da face, a lesão teve realce periférico pelo contraste. Optou-se por antibioticoterapia e abordagem endoscópica com realização de sinusotomia maxilar frontal DRAF I. Houve melhora da diplopia no pós-operatório imediato, com evolução satisfatória.

Discussão: A mucocèle dos seios paranasais, apesar de ser uma lesão benigna, tem caráter destrutivo pelo retenção de muco. Quando se torna infectada, denomina-se mucopiocele. Baseado no quadro clínico, faz-se exame de imagem para direcionar ao diagnóstico correto. Na TC de seios da face, a mucocèle aparece como uma opacidade do seio isodensa ou discretamente hiperdensa, sem realce pelo contraste. Se for uma mucopiocele, pode estar mais hiperdensa e com realce periférico pelo contraste. As estruturas ósseas sofrem remodelamento com áreas de erosão e espessamento. A RM de seios da face está indicada quando a mucocèle sofre extensão extra-sinusal, presença de erosão óssea e amaurose parcial ou total. No início do quadro, a imagem vista em T1 é hipointensa e em T2 hiperintensa. Com a evolução do quadro, fica hiperintensa em T1 e T2.

Comentários finais: É importante saber a diferença radiológica para guiar o diagnóstico do caso, por meio do padrão da lesão. A análise das imagens auxiliam a determinar o planejamento cirúrgico de cada caso e as possíveis complicações pelo acometimento das estruturas adjacentes pela lesão.

Palavras-chave: mucocèle; frontoetmoidal; maxilar.

TCP11131 MUCORMICOSE - UM IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS RINOSSINUSITES FÚNGICAS INVASIVAS

Autor principal: PAULO AUGUSTO MOREIRA MATOS

Coautores: RAFAEL BUSTAMANTE DE CASTRO, ANNA DÉBORA ESMERALDO DOS SANTOS, ARTUR GUILHERME HOLANDA LIMA, GABRIEL PINHO MORORÓ, MIKHAEL RANIER LEITE RAMALHO, DANIEL ALENCASTRO DE SOUSA, ERIKA FERREIRA GOMES

Instituição: Hospital Geral de Fortaleza

Apresentação do caso: Homem, 44 anos, procurou emergência do Hospital Geral de Fortaleza por baixa acuidade visual, dor facial e cefaleia, evoluindo com ptose palpebral em olho esquerdo e rinorreia mucopurulenta há dois dias; Referia ser diabético insulino-dependente sem acompanhamento ambulatorial adequado. Ao exame físico, apresentava hiperemia e edema retro-orbitário, bem como presença de lesões enegrecidas e purulentas difusas pela cavidade nasal esquerda à nasofibrosopia, com a presença de apenas resquícios do corneto médio ipsilateral. Após imediata internação, TC de seios paranasais foi realizada, evidenciando intensa destruição óssea, em cavidade nasal esquerda, não sendo observados os cornetos deste lado, parede anterior e posterior do seio maxilar esquerdo, notando-se ainda lesão da lâmina papirácea, comunicando o seio esfenoidal com a órbita, bem como presença de espessamento dos revestimentos mucosos. Diante dos achados de rinossinusite fúngica invasiva, decidiu-se então por limpeza cirúrgica pela Otorrinolaringologia, tendo sido realizado desbridamento amplo de áreas friáveis e enegrecidas, com sinusotomia frontal esquerda + descompressão endoscópica de órbita esquerda por via transetmoidal ipsilateral + antrostomia maxilar esquerda com lavagem com Anfotericina B. Em enfermaria para continuação dos cuidados pós-operatórios, paciente evoluiu com melhora dos sintomas e resolução dos processos infecciosos com antibioticoterapia e terapia antifúngica adequadas, guiadas por CCIH do referido hospital, tendo feito uso de Metronidazol e Anfotericina B Lipossomal. Em nasofibrosopias de controle, foi notado ausência de lesões necrótico-purulentas em cavidades nasais. Resultados de cultura para fungos e histopatológico de peças cirúrgicas evidenciaram presença de hifas cenocíticas não septadas, sugestivo de Zygomycetos. Após longo e adequado acompanhamento, paciente recebeu alta após quase três meses de internação com a conclusão de medicações intravenosas. Desde então, segue em acompanhamento ambulatorial com frequência quinzenal no serviço de Otorrinolaringologia do HGF, apresentando boa recuperação.

Discussão: A Mucormicose caracteriza-se por ser uma infecção oportunista grave causada por fungos da classe Zygomycetos (gênero Mucor), principalmente em pacientes com déficit na capacidade de resposta imune, requerendo assim importante atenção por parte do otorrinolaringologista, principalmente no diagnóstico de infecções fúngicas nesse perfil de paciente, como aqueles com diabetes não controlada, em quimioterapia, sob corticoterapia, neutropênicos, pós-transplantados. Suas manifestações clínicas são variáveis e podem compreender edema de face e periorbital, com rápida evolução para necrose cutânea, necrose de palato, dor ocular, ptose palpebral, proptose ocular, invasão do seio cavernoso, cefaleia, febre, alteração do estado geral, podendo culminar em óbito em 48-72h se não tratado adequadamente. O estudo tomográfico ou por ressonância são auxiliares valiosos ao evidenciar a extensão da infecção e guiar abordagem cirúrgica, devendo ser realizados de imediato após suspeita clínica e como controle de cura. Podem então observar desde destruição das paredes ósseas à invasão intracraniana e disseminação orbitária, sendo comuns áreas de desvitalização e necrose pela angioinvasão das hifas. A terapêutica inclui devido desbridamento cirúrgico e início imediato à terapia antifúngica, sendo o fármaco mais utilizado a Anfotericina B, em doses altas diárias e por longo período, variável em cada caso. O diagnóstico definitivo então é feito pelo histopatológico do material retirado da cirurgia, bem como pela cultura para fungos.

Comentários finais: A Mucormicose, por ser causa de evolução desfavorável e grave, deve ser parte importante no diagnóstico diferencial das infecções fúngicas, sendo o diagnóstico precoce chave para redução da mortalidade e dos índices de letalidade da doença, fazendo deste assunto necessário para o domínio da otorrinolaringologia.

TCP11132 TURBINECTOMIA VS. TURBINOPLASTIA COM MICRODEBRIDADOR: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE TÉCNICAS CIRÚRGICAS P

Autor principal: THAÍS MOTTA JUSTO

Coautores: FERNANDO DE ANDRADE BALSALOBRE, JOÃO PAULO MANGUSSI COSTA GOMES, ALDO EDEN CASSOL STAMM

Instituição: Hospital Edmundo Vasconcelos

Introdução: a obstrução nasal é um sintoma de alta prevalência e com impactos importantes na qualidade de vida dos pacientes, tendo como principal etiologia a hipertrofia de cornetos nasais inferiores. Atualmente, duas técnicas cirúrgicas destacam-se na correção da doença: a turbinectomia parcial e a turbinoplastia com microdebridador.

Objetivos: o intuito desta pesquisa foi realizar estudo comparativo entre técnicas cirúrgicas de diminuição de cornetos nasais inferiores para identificação de possíveis diferenças em seus desfechos cirúrgicos.

Metodologia: coletaram-se dados de questionários aplicados com uma e quatro semanas de pós-operatório a pacientes do Hospital Edmundo Vasconcelos entre 05/07/2021 a 15/12/2021 que foram submetidos a turbinectomia parcial ou turbinoplastia com microdebridador, levando em conta sintomas de obstrução nasal (Escala de Avaliação Sintomática de Obstrução Nasal – NOSE), sangramento nasal (escala própria) e necessidade de remoção ou não de crostas.

Resultados: pacientes submetidos à turbinoplastia tiveram menos sintomas de obstrução nasal pelo questionário NOSE da primeira semana quando comparados aos submetidos à turbinectomia; não houve diferença estatisticamente significativa para formação de crostas nem para sangramento.

Conclusões: A turbinoplastia cursa com menos obstrução nasal ao paciente no pós-operatório precoce quando comparado com a turbinectomia.

Palavras-chave: hipertrofia de cornetos nasais inferiores; turbinectomia; turbinoplastia;

TCP11133 RELATO DE CASO DE NEOPLASIA VASCULAR: HEMANGIOPERICITOMA NASOSSINUSAL

Autor principal: JOÃO MARCOS BARCELOS SALES

Coautores: RODRIGO SANTANA FANTAUZZI, PEDRO LANÇA GOMES, OTÁVIO ANANIAS DOS SANTOS MANGUALDE, CAMILA ISABELA RIBEIRO VIEIRA, MARIA CLARA ARGOLO COSTA

Instituição: Hospital Socor

Apresentação do caso: Paciente feminino, 60 anos, apresentou-se com quadro de obstrução nasal à esquerda, com piora progressiva, de início há 13 meses, associado a episódios esporádicos de epistaxes autolimitadas. Relatou ser portadora de hipertensão arterial sistêmica e fibromialgia. Ao exame físico, foi observado discreta lateralização de concha média esquerda, sem presença de proptose ou alteração clínica neurológica. À videoendoscopia nasossinusal, foi visualizada lesão violácea, de aspecto polipóide, sem ulcerações ou sinais de necrose, aderida ao septo nasal à esquerda, se projetando para o corneto médio e rostro do esfenóide ipsilaterais. Tomografia demonstrou lesão com densidade de partes moles estendendo-se lateralmente a partir do septo nasal posterior esquerdo às células etmoidais ipsilaterais. Optado por ressecção de lesão com 5 mm de margem de segurança por cirurgia videoendoscópica. Laudo anatomopatológico revelou achados sugestivos de hemangiopericitoma (HGP), com baixo índice de proliferação e imuno-histoquímica com expressão de actina de músculo liso e β -Catenin nuclear. Paciente então, manteve em seguimento ambulatorial com exame físico e endoscópico sem sinais de recidiva neoplásica.

Discussão: O HGP é uma neoplasia vascular rara e corresponde a <0,5% dos tumores nasossinuais, com etiologia ainda incerta. Possui maior prevalência entre a 5ª e 6ª décadas de vida, sem predileção entre os sexos. Apresentam-se como massa polipóide, localmente infiltrativo e em raros casos metastáticos, sendo facilmente confundidos com tumores fibrosos solitários e demais tumores glômicos. A depender do tamanho/localização da lesão, causa obstrução nasal progressiva e/ou epistaxe. O tratamento é cirúrgico, geralmente sob visão endoscópica, com exérese de toda a lesão e margem de segurança. O diagnóstico depende da histologia e imuno-histoquímica, sendo histologicamente composto por células epitelióides fusiformes, com crescimento de padrão vascular e à imuno-histoquímica com reatividade para β -catenina nuclear, Vimentina e actina. Possuem baixa agressividade, o que é identificado pela baixa atividade mitótica (<4/10 campos de alta potência). Sua taxa de recorrência é relativamente alta, com aproximadamente 10% dos casos, porém, seu prognóstico continua favorável, visto a possibilidade de reabordagem de novas lesões, o que reforça a importância do seguimento ambulatorial pós-cirúrgico.

Comentários finais: Devido à escassez de estudos/trabalhos sobre essa condição na literatura, é de grande relevância a publicação de novos relatos que possam contribuir para o melhor entendimento, abordagem e acompanhamento dos casos de hemangiopericitoma.

Palavras-chave: hemangiopericitoma; tumor nasossinusal; neoplasia vascular.

TCP11134 TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDIÁRIA - UMA RARA CAUSA DE EPISTAXE: RELATO DE DOIS CASOS

Autor principal: KELVIN LEITE MOURA

Coautores: HENRIQUE DE PAULA BEDAQUE, LUCAS MARINHO VASCONCELOS, MARINA MENDONÇA DE MIRANDA, DAMÁCIO SOARES PAIVA, MARIA LUÍSA NOBRE MEDEIROS E SILVA GUIMARÃES, JOSÉ DINIZ JUNIOR, PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA

Instituição: UFRN

Apresentação dos casos: Caso 01: A. L. F., 54 anos, sexo feminino, com epistaxe bilateral desde a infância e sem associação com outros sangramentos cutaneomucosos ou viscerais. Havia caso semelhante em parente de primeiro grau e a paciente negava uso de medicações anticoagulantes. Fez uso de corticoide nasal por diversos anos, sem boa resposta. Ao exame: presença de telangiectasias em lábio inferior e língua. Nasofibrosopia com ectasias vasculares em toda a mucosa nasal. Foram realizadas medidas locais não cirúrgicas e a paciente segue com bom controle clínico. Caso 02: L.A.C., 70 anos, apresenta quadros de sangramentos nasais recorrentes e vultuosos. Possui dois filhos com quadros semelhantes. Exame físico com ectasias vasculares em mãos e em mucosa oral. Endoscopia nasal com diversas ectasias vasculares. Foram realizadas cauterizações elétricas intermitentes, com controle temporário do sangramento.

Discussão: Telangiectasia Hemorrágica Hereditária (THH) ou Síndrome de Rendu-Osler-Weber é uma doença autossômica dominante com alto grau de penetrância, apesar de não haver história familiar em 15-23% dos casos, com mesma distribuição entre os sexos. É uma síndrome rara, com incidência de 1-2 casos para 100.000. É caracterizada por uma lesão estrutural na parede dos vasos sanguíneos, tornando-os vulneráveis a traumatismos e rupturas espontâneas. Há a descrição da mutação de dois genes: endogлина (9q) e activina (12q). A epistaxe é o principal sintoma (93% dos casos), com 50% dos pacientes apresentando o primeiro episódio por volta dos 10 anos e com tendência de agravar-se com o tempo, apesar de haver variabilidade na gravidade, conforme é possível notar casos descritos. O comprometimento cutaneomucoso inclui telangiectasias maculares que aparecem por volta da terceira década, sobretudo em palmas das mãos e leitos ungueais (71%) e em lábios e língua (66%), sendo essa manifestação presente em ambas as pacientes. O diagnóstico é dado pelos critérios de Curaçao e requer a presença de pelo menos três dos seguintes achados: epistaxes espontâneas recorrentes, telangiectasias cutaneomucosas, malformações arteriovenosas viscerais e história familiar positiva. Assim, nota-se que as pacientes possuem critérios para o diagnóstico de THH e até o momento não apresentam manifestações viscerais. Por fim, destaca-se que não há um tratamento padrão. O objetivo é promover o controle da doença pelo maior tempo e com o menor número de intervenções. Alguns episódios de sangramento agudo podem ser controlados por compressão manual, tamponamento nasal e cauterizações. Para sangramentos mais intensos, dispõe-se de embolização e ligadura arterial. Em epistaxes severas e crônicas, são citadas a septodermoplastia (ressecção da mucosa nasal e substituição por enxerto de pele) e a técnica de Young modificada (fechamento da cavidade nasal).

Comentários finais: A epistaxe decorrente da THH, apesar de rara, deve ser lembrada em casos de sangramentos repetitivos e severos. O diagnóstico precoce faz-se necessário para investigar malformações associadas e prevenir consequências. Além disso, como é uma síndrome sem terapias inteiramente satisfatórias, é importante relatar os casos encontrados.

Palavras-chave: epistaxe; telangiectasia hemorrágica hereditária; rendu-osler-weber.

TCP11135 NASOANGIOFIBROMA JUVENIL - DIAGNÓSTICO DESAFIADOR EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Autor principal: PAULO AUGUSTO MOREIRA MATOS

Coautores: ANNA DÉBORA ESMERALDO DOS SANTOS, RAFAEL BUSTAMANTE DE CASTRO, ARTUR GUILHERME HOLANDA LIMA, GABRIEL PINHO MORORÓ, MIKHAEL RANIER LEITE RAMALHO, DANIEL ALENCAR DE SOUSA, ERIKA FERREIRA GOMES

Instituição: Hospital Geral de Fortaleza

Apresentação do caso: Menino, 14 anos, acompanhado no ambulatório do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Geral de Fortaleza, em consulta, na presença de familiares, relatou, há cerca de um ano, obstrução nasal progressiva, principalmente em fossa nasal esquerda, evoluindo com sucessivos episódios de epistaxe; Ao exame físico, apresentava massa avermelhada obstruindo cavidade nasal esquerda, impedindo progresso de nasofiboscópio. Mãe trazia imagens que caracterizavam o achado. TC de Seios Paranasais com contraste mostrava formação expansiva de origem presumida no forame esfenopalatino esquerdo com realce intenso e heterogêneo por meio de contraste iodado de aspecto hipervascular. Em acréscimo, RNM de seios paranasais evidenciou lesão expansiva infiltrativa com aparente epicentro na fossa pterigopalatina com extensão para seios paranasais e fossa craniana média esquerda. Diante dos achados sugestivos de Nasoangiofibroma Juvenil, acrescido de dados clínicos e epidemiológicos, optou-se por abordagem cirúrgica da lesão pela equipe de Otorrinolaringologia. Foi realizada com 72 horas de antecedência arteriografia para embolização da lesão, concluída com sucesso pela radiointervenção do referido hospital. Chegado o dia da cirurgia, após quatro horas, procedimento terminou com exérese completa da lesão, sem intercorrências, e paciente foi encaminhado para sala de recuperação anestésica. Em enfermaria para continuação dos cuidados pós-operatórios, paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar para seguimento ambulatorial. Atualmente, após cinco meses da cirurgia, paciente nega queixas, sem apresentar obstrução nasal ou sangramentos previamente relatados, apresentando bom aspecto pós-operatório em endoscopia nasal.

Discussão: Apesar de ser um tumor histologicamente benigno, o Nasoangiofibroma Juvenil, por ser tumor altamente vascularizado com capacidade de destruição óssea, pode ter curso potencialmente maligno, com crescimento agressivo e extensão para regiões adjacentes, estando associado a elevada morbidade e ocasional mortalidade, requerendo assim maior atenção por parte do otorrinolaringologista. Exclusivo do sexo masculino, principalmente entre os jovens de nove a 19 anos, o referido tumor origina-se na fossa pterigopalatina e quanto mais jovem o paciente ao início das manifestações, mais agressiva se mostra a lesão, podendo gerar invasão intracraniana e intraorbitária. Seus sintomas incluem desde obstrução nasal a episódios de sangramento, os quais pioram com a evolução da lesão, que tem crescimento submucoso característico através de forames e fissuras na base do crânio. A avaliação pré-operatório com TC e RNM se faz necessário para planejamento terapêutico a partir da extensão do tumor, que deve abordar ressecção cirúrgica da lesão, única com chance de cura. O estudo angiográfico também se mostra importante pelas características vasculares da lesão, além de se mostrar como arma terapêutica pré-operatória por meio da embolização. As recidivas tumorais, maiores nos dois primeiros anos de pós-operatório, estão fortemente relacionadas com invasão intracraniana, sobretudo da fossa craniana média, podendo ocorrer em até 20% dos casos. Reserva-se a radioterapia para casos de insucesso cirúrgico, recorrência, remoção incompleta ou irresssecabilidade da lesão.

Comentários finais: O Nasoangiofibroma Juvenil, um tumor benigno de curso maligno, por sua grande complexidade cirúrgica e possível evolução desfavorável, se mostra como um desafio para o otorrinolaringologista e requer um conhecimento atualizado e saber técnico para proporcionar o bem-estar do paciente acometido.

TCP11136 MUCOCELE FRONTOETMOIDAL SECUNDÁRIA A FIBROMA OSSIFICANTE DE SEIO PARANASAL: RELATO DE CASO

Autor principal: KELVIN LEITE MOURA

Coautores: HENRIQUE DE PAULA BEDAQUE, LUCAS MARINHO VASCONCELOS, PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA, DAMÁCIO SOARES PAIVA, MARINA MENDONÇA DE MIRANDA, MARIA LUÍSA NOBRE MEDEIROS E SILVA GUIMARÃES, JOSÉ DINIZ JUNIOR

Instituição: UFRN

Apresentação do caso: S.N.F., 12 anos, sexo masculino, apresenta obstrução nasal crônica à direita, progressiva e refratária ao tratamento clínico. Não havia alterações visuais ou deformidade facial. Tomografia evidenciava coleção hipodensa no seio etmoidal direito estendendo-se para assoalho do seio frontal ipsilateral. Realizada ressecção da lesão por via endoscópica, cujo diagnóstico histopatológico foi de mucocèle. Todavia, após 6 meses de seguimento são detectadas alterações em tomografia de controle, caracterizadas por lesão na mesma topografia medindo 5,5x3,3x2,8cm, causando deformidade e abaulamento na lâmina papirácea direita, insinuando-se para a órbita e deslocando o globo ocular. O paciente é submetido a nova ressecção, cuja biópsia revelou fibroma ossificante. Até o momento, o paciente segue sem queixas e sem sinais de recidiva em exames complementares.

Discussão: O termo mucocèle caracteriza uma lesão benigna, cística e expansiva, de revestimento epitelial, resultado do acúmulo de secreção mucosa dentro de uma cavidade bloqueada. É uma condição de crescimento lento, exceto quando apresenta complicações, a exemplo de uma infecção (mucopiocele). É relativamente incomum e ocorre mais frequentemente na região frontoetmoidal, com a maior parte na terceira e quarta décadas. São raramente observadas na população pediátrica, exceto em pacientes com fatores predisponentes na área de drenagem do seio paranasal, como trauma, cirurgia, fibrose cística e compressão tumoral, sendo este último o caso do paciente. O diagnóstico é realizado através de exames de imagem, sendo a tomografia computadorizada o exame de eleição, embora em algumas ocasiões a ressonância esteja indicada, com a confirmação ocorrendo por anatomopatológico. Atualmente a abordagem endoscópica paranasal é o acesso cirúrgico de primeira escolha, por ser menos invasiva e apresentar menor morbidade. No que concerne ao fibroma ossificante, trata-se de um tumor não-epitelial benigno, de origem fibro-óssea e com ocorrência relativamente rara. Em uma minoria dos casos surge nos seios paranasais e ainda mais raramente complica com mucocèle. Nessas ocasiões, o seio etmoidal é o mais envolvido. O diagnóstico é realizado pela histopatologia, que revela predomínio de tecido fibroso com trabéculas ósseas e osteoblastos. A importância do reconhecimento e abordagem dessas condições justifica-se pela possibilidade de erosão de estruturas adjacentes, provocando abaulamento da pele, alterações do globo ocular e invasão de fossas nasais e craniana anterior, de tal forma que o paciente apresenta um desses achados.

Comentários finais: Diante do diagnóstico de lesões expansivas dos seios paranasais, deve-se considerar a possibilidade de mucocèle que, embora possa ser primária, pode ocorrer secundária a processos tumorais, a exemplo do fibroma ossificante, de tal forma que sua ressecção e análise histológica estão indicadas pela possibilidade de complicações associadas a estas patologias.

Palavras-chave: mucocèle; fibroma ossificante.

TCP11137 NASOANGIOFIBROMA JUVENIL: SERIE DE CASOS

Autor principal: GIOVANNA SANTOS PIEDADE

Coautores: KELLY SATICO MIZUMOTO, LARISSA VENDRAME DE MARCHI, GABRIELA JOSEFA MORAES, CAMILA BLOSS CORDOVA, HENRIQUE MITSUO MURAOKA, RAFAEL DE ALBUQUERQUE LUCAS, DANNY FERNANDO TOBAR DURAN

Instituição: Hospital Universitario Evangelico Mackenzie

Objetivos: O objetivo deste estudo é descrever e analisar as características clínico-patológicas de 6 casos de nasoangiofibromas atendidos pelo serviço de otorrinolaringologia do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie de Curitiba, destacando os sintomas apresentados pelos pacientes, os exames diagnósticos e o tratamento cirúrgico.

Método: Foram selecionados 6 casos de nasoangiofibromas, atendidos pelo serviço de otorrinolaringologia do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, no período de 2020 a 2022. Todos os pacientes são do sexo masculino, com intervalo de idade entre 16 e 22 anos. Foram avaliados os principais sinais e sintomas clínicos referidos pelos próprios pacientes, além da forma de realizar o diagnóstico e a conduta cirúrgica.

Resultados: Todos os 6 casos com diagnóstico de angiofibroma nasofaríngeo foram homens jovens, com idades entre 16 e 22 anos. Foi evidenciado que os sintomas clássicos de epistaxe e obstrução nasal estavam presentes, em pelo menos um deles. 4 casos tiveram epistaxe, e 4 casos tiveram obstrução nasal. Além desses, foram relatados sintomas visuais, como diminuição da acuidade visual e turvação visual, e sintomas auditivos, como hipoacusia e plenitude auricular. Houve também relato de síncope e abaulamento em região malar. Todos os pacientes realizaram RNM antes de serem operados, e o diagnóstico foi feito pela RNM, com exceção a um paciente que teve o diagnóstico por biópsia prévia. A ressecção dos tumores foi feita por via endoscópica, realizando embolização prévia ao procedimento. Apenas um caso teve relato de sangramento operatório significativo.

Discussão: O angiofibroma nasofaríngeo é uma neoplasia benigna e rara, que se origina na fossa pterigopalatina. Acomete em sua totalidade pacientes masculinos, adolescentes e adultos jovens. Seu diagnóstico precoce é essencial, pois seu crescimento agressivo causa complicações, desde compressões nervosas e deformidades de cabeça e pescoço a hemorragias e invasões intracranianas. Foi evidenciado que os sintomas clássicos de epistaxe e obstrução nasal estavam presentes em nossos casos. Além desses, foram relatados sintomas visuais e sintomas auditivos, como hipoacusia e plenitude auricular, não frequentes na literatura. Foram utilizadas técnicas de cirurgia endoscópica com remoção total da neoplasia em todos os casos, sem necessidade de abordagem externa.

Conclusão: O nasoangiofibroma é um tumor benigno raro e de complexa manipulação. Apesar de ter um quadro clássico e ser majoritariamente em homens jovens, nossos casos evidenciaram que o angiofibroma pode aparecer em sintomas não comuns e em idades mais avançadas, dependendo do estágio e tamanho do tumor. Com isso, considerando sua evolução agressiva, o tratamento cirúrgico é a melhor opção para tratamento.

TCP11138 CONDUÇÃO DE EPISTAXE POSTERIOR GRAVE EM GESTANTE - UM RELATO DE CASO

Autor principal: EUVALDO NETO BORGES TOMAZ

Coautores: ANDRE NERI DE BARROS FERREIRA, HERCILIA HELENA DE OLIVEIRA PIMENTA, PAULO MARCOS DO NASCIMENTO, FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA, CAMILA DA FONSECA E SOUZA SANTOS, RAYANE CARNEIRO DE AMORIM, GABRIEL BORGES TOMAZ DE SOUZA

Instituição: Hospital Santa Marta

Gestante, 28 semanas de gestação, 22 anos, procurou o serviço do Hospital Santa Marta, com quadro de sangramento nasal à direita, em grande monta. Não havia história prévia de epistaxe, ausência de patologias pregressas e em suplementação de ferro devido à gravidez. No momento da admissão no pronto-socorro, a frequência cardíaca era de 87 bpm, a pressão arterial era 110/60 mm Hg, a hemoglobina era 9,7 g/dL e as plaquetas eram 350×10³/L. Exames de função renal, tireoidiana e hepática sem alterações. Os Resultados do coagulograma estavam dentro da faixa normal com tempo de protrombina de 12,9 segundos e tempo de tromboplastina parcial ativada de 21 segundos. Realizado tamponamento nasal em dedo de luva à direita, observado assim desvio septal osteocartilaginoso parcialmente obstrutivo ipsilateral. Após 12 horas de tamponamento paciente retomou sangramento nasal, observado durante o exame físico, observado gotejamento sanguíneo na orofaringe. Retirado assim o tampão nasal, em seguida, a endoscopia foi realizada, sendo observado sangramento nas fossa nasal média à esquerda, exame dificultado pelo desvio septal. A partir daí, a condição do feto foi monitorada por meio de consulta com obstetra e ginecologista, e não foram observados achados anormais no exame ultrassonográfico.

Foi explicado à paciente que o tamponamento pós-nasal era necessário e assim foi realizado. Depois de 48 horas, tampão posterior foi removido e prontamente sangramento nasal retomou. Após Discussão com equipe de ginecologia/obstetrícia, foi entrado em consenso que a abordagem cirúrgica, geraria benefícios para a mãe e para o feto que superavam o risco do procedimento sob anestesia geral.

A ligadura endoscópica da artéria esfenopalatina foi assim realizada. Imediatamente após a cirurgia, o monitoramento fetal foi realizado em cooperação com a obstetrícia para confirmar que não havia anormalidades no feto. Durante o acompanhamento ambulatorial, não foi observada recorrência de sangramento nasal até 9 meses após a cirurgia, e não ocorreram sintomas como congestão nasal ou complicações.

Discussão: O suprimento sanguíneo nasal se origina em quase sua totalidade das artérias carótidas externa e interna. O plexo de Woodruff contém a artéria esfenopalatina, localizada na região posterior da fossa nasal, responsável pela maioria sangramentos de origem posterior. Clinicamente, a epistaxe pode ser classificada em anterior ou posterior, dependendo da origem do sangramento. Mais de 90% dos casos de epistaxe são de sangramentos da região anterior.

O risco de epistaxe na gravidez aumenta em 300% em relação a mulheres não grávidas. Esse incremento é secundário ao aumento da vascularização da mucosa nasal. As alterações hormonais durante a gravidez afetam a fisiologia nasal, os estrogênios causam congestão vascular, edema da mucosa e rinite. A progesterona provoca aumento do volume sanguíneo, o que pode causar aumento das alterações vasculares e risco maior de epistaxes intensas mesmo na ausência de distúrbios da coagulação ou anomalias orgânicas nasais. A placenta também contribui no aumento desse risco, por meio da liberação do hormônio de crescimento placentário, que determina efeitos sistêmicos, como a vasodilatação.

Considerações Finais: A hospitalização em casos mais graves em gestantes é obrigatória e a transfusão de sangue é frequentemente necessária. Quando ocorre no terceiro trimestre, pode comprometer de forma fatal a vida da mãe e do feto. Em relação à terapêutica, deve ser individualizada, pode ser realizado tamponamento nasal, uso de hemostáticos absorvíveis, cauterização ou ligadura da artéria esfenopalatina e, por fim, resolução da gestação. Com o parto ou a morte fetal ocorre redução da volemia e interrupção imediata do sangramento nasal, pois os fatores que levam a congestão e vasodilatação importante desaparecem. São poucos os casos descritos na literatura, mas a partir deles pode-se extrair conceitos importantes, como a importância da avaliação precoce da otorrinolaringologia e o suporte obstétrico visando a diminuição de riscos para o binômio gestante/feto.

Palavras-chave: epistaxe; gestação; artéria esfenopalatina.

TCP11139 ANÁLISE DO IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO DA PANDEMIA DE COVID 19 SOBRE AS PATOLOGIAS DA VIA AÉREA SUPERIOR

Autor principal: EUVALDO NETO BORGES TOMAZ

Coautores: ANDRE NERI DE BARROS FERREIRA, PAULO MARCOS DO NASCIMENTO, HERCILIA HELENA DE OLIVEIRA PIMENTA, FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA, GABRIEL BORGES TOMAZ DE SOUZA, RAYANE CARNEIRO DE AMORIM, CAMILA DA FONSECA E SOUZA SANTOS

Instituição: Hospital Santa Marta

Introdução: Durante os dois últimos anos em que o mundo viveu a pandemia de Covid 19, diversas medidas preventivas, principalmente comportamentais relativas à doença, foram estabelecidas para se tentar conter a doença de transmissão respiratória. Em detrimento a isso, outras doenças do trato respiratório também sofreram impacto com tais medidas, inclusive as doenças otorrinolaringológicas.

Objetivo: Análise epidemiológica das doenças da via aérea superior durante os dois anos de pandemia de Covid-19 em todos os 26 estados brasileiros e Distrito federal

Metodologia: Pesquisa documental e qualitativa realizada a partir de um estudo retrospectivo de dados bibliográficos, através da base de dados da ABORL-CCF, Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde e pelos dados disponibilizados pelo governo através do DATASUS, delimitado pelo período de março de 2020 a fevereiro de 2022 e de março de 2018 a fevereiro de 2020, considerando os seguintes determinantes: Capítulo X do CID-10, internações, valor médio de cada internação e óbitos, observando também a evolução desses conteúdos no serviço público.

Resultados: Apesar da prevalência ainda alta em todo o mundo, as doenças de via aérea superior, sofreram diminuição nos últimos dois anos. Fato se atribui às mudanças comportamentais e isolamentos exigidos pela pandemia da Covid-19. Quanto ao número de internações nas 27 unidades federativas, constatou-se que houve uma diminuição de 35% das internações por infecções das vias aéreas superiores. Em relação aos gastos gerais com internação houve uma diferença de três milhões cento e trinta mil cento e oitenta e cinco reais com estes pacientes e observou-se também redução dos óbitos por essas doenças.

Conclusão: As doenças da via aérea superior representam grande parte das patologias que levam o paciente ao pronto de socorro e consequentemente às internações. Evidencia-se assim a necessidade de políticas públicas e manutenção de mudanças comportamentais que foram adotadas durante a pandemia, como o uso de máscara por profissionais da saúde e pelos pacientes infectados, afim de intensificar as estratégias de prevenção. Tais medidas provocariam menor oneração para os cofres públicos e melhora na qualidade de vida da população.

Palavras-chave: covid 19; infecções das vias aéreas superiores.

TCP11140 CARCINOMA EPIDERMOIDE DE SEPTO NASAL: RELATO DE CASO

Autor principal: GABRIEL AUGUSTO PINTO BARBOSA

Coautores: LARA PASCOUTTO SAMPAIO, JOAO PEDRO SAMPAIO VIEIRA, MARIANA MARÃO LAPENTA, MARIA NAIR PETRUCCI BARBOSA, EDUARDO WANDERLEY ESTANISLAU DA COSTA, EDNILSON PARRA CESAR, ANA CRISTINA COSTA MARTINS

Instituição: *Septo PUC-RIO*

Apresentação do caso: Paciente gênero feminino, 48 anos, sem comorbidades, procurou atendimento médico otorrinolaringológico por quadro de epistaxe intermitente há 10 meses. Foi realizada videonasoendoscopia onde foi observado ponto sangrante com crosta hemática em área de *Kiesselbach* de cavidade nasal direita, e tomografia computadorizada de seios paranasais com desvio septal e formação de esporão osteocartilaginoso à direita, além de hipertrofia dos cornetos. Foram solicitados exames pré-operatórios para realização de septoplastia e turbinectomia. Após 6 meses paciente retorna sem os exames solicitados, queixando-se novamente de epistaxe intermitente. Feita nova videonasoendoscopia que mostrou perfuração septal em área II de Cottle com crostas hemáticas e lesão granulomatosa em porção posterior. Após 1 mês houve crescimento da perfuração para área III de Cottle. Feita biópsia, com estudo histopatológico compatível com carcinoma de células escamosas pouco diferenciado. Realizada ressonância magnética de seios paranasais que evidenciou zona de ulceração anterior no septo nasal envolvendo predominantemente porção cartilaginosa com solução de contiguidade ampla entre as cavidades nasais delimitada por halo de espessamento tecidual irregular, com impregnação de contraste mais evidente no aspecto superior a direita, onde invade mucosa, erodindo osso nasal e infiltrando tecido celular subcutâneo deste lado. Feita cirurgia radical após 1 mês com remoção dos 2/3 superiores da pirâmide nasal por otorrinolaringologista e cirurgião de cabeça e pescoço, com reconstrução feita por cirurgião plástico. Encaminhada para quimioterapia e radioterapia, sem evidência de retorno da lesão até os dias atuais.

Discussão: As neoplasias malignas de cabeça e pescoço correspondem apenas a 3% dos casos, e os localizados na cavidade nasal e seios paranasais representam menos de 3% desses tumores. As neoplasias de septo nasal correspondem a 9% das malignidades nasossinusais, originando-se principalmente da ponta do septo caudal, com pouca compreensão pela raridade. O tipo histológico mais comum é o carcinoma de células escamosas, seguido do melanoma. Os sintomas mais comuns são obstrução nasal, epistaxe de repetição, rinorreia, dor facial e queixas orbitárias como epífora e diplopia. Pela predominância dos sintomas inespecíficos, o diagnóstico pode ser atrasado. A coexistência de papiloma invertido, radioterapia prévia e imunossupressão aumentam seu risco de desenvolvimento, bem como tabagismo e exposição prolongada ao pó de madeira e produtos químicos com níquel. O diagnóstico é feito com biópsia tecidual e a ressonância magnética é importante para delimitar a extensão da invasão local da doença. A tomografia computadorizada de pescoço e tórax se faz necessária para detectar metástases nodais a distância, comuns de acordo com alguns autores pela rede capilar rica e próxima, em particular do assoalho nasal e lábio superior, o que indica mau prognóstico. Não existe um sistema de estadiamento separado em malignidades do septo nasal. O tratamento inclui terapia cirúrgica, radioterapia ou terapia combinada. Algumas lesões menores são manejadas com ressecção local ampla, e o avanço da ressecção endoscópica proporciona excelente resultado no controle tumoral. A rinectomia está indicada se o osso nasal estiver envolvido, como no caso apresentado. A sobrevida específica da doença em cinco anos varia de 50 a 80%, e a recorrência chega a 45% dos casos nos primeiros 2 anos, sendo importante o acompanhamento desses pacientes.

Comentários finais: O manejo dos carcinomas de septo nasal é um desafio pela disseminação local agressiva e rápido crescimento, sendo vital o alto grau de suspeição para detectá-los precocemente e o acompanhamento vigilante para detectar uma possível recorrência precoce.

Palavras-chave: carcinoma epidermoide; septo nasal; perfuração septal.

TCP11141 LEISHMANIOSE MUCOCUTÂNEA, IMPORTANCIA DA AVALIAÇÃO IMUNOLÓGICA ASSOCIADA À PESQUISA DE AMASTIGOTOS

Autor principal: EUVALDO NETO BORGES TOMAZ

Coautores: ANDRE NERI DE BARROS FERREIRA, PAULO MARCOS DO NASCIMENTO, HERCILIA HELENA DE OLIVEIRA PIMENTA, FLAVIO RAMOS BAPTISTA DA SILVA, CAMILA DA FONSECA E SOUZA SANTOS, RAYANE CARNEIRO DE AMORIM, GABRIEL BORGES TOMAZ DE SOUZA

Instituição: Hospital Santa Marta

Apresentação do caso: Paciente feminino, 35 anos encaminhado por obstrução nasal, dor facial e eritema importante associado a infiltração do septo nasal, com processo ulcerativo, perfuração septal, fístula nasocutânea e desabamento de ponta nasal. Negava antecedentes patológicos pregressos. Negava uso de cocaína inalatória ou qualquer outro tipo de droga lícita ou ilícita. À videonasoscopia, exibia perfuração em região septal anterior com destruição bilateral dos cornetos inferiores e amplo infiltrado inflamatório. Exame tomográfico evidenciava espessamento mucoso nos seios maxilares, associado a secreção bolhosa, demais seios normais e destruição irregular do componente cartilaginoso do septo.

Paciente havia realizado duas biópsias de lesão nasal no último ano, com anatomopatológico revelando processo inflamatório exudativo, tecido de granulação com áreas necróticas e presença de fragmentos ósseos, ausência de elementos fúngicos e parasitários. Cultura prévia positiva para *Klebsiella aeruginosa*, tratada a rinosinusopatia bacteriana mas sem sucesso. Apresentava marcadores reumatológicos e sorologias negativas, e ausência de critérios diagnósticos para Granulomatose de Wegener. Considerada a possibilidade de Leishmaniose, foi realizada nova cultura e biópsia nasal com pesquisa direta na coloração GIEMSA, negativo para amastigotas.

Dessa forma, devido à ausência de achados histopatológicos, a pesquisa imunológica foi realizada por meio da Intradermoreação de Montenegro, que apresentou-se positiva, posteriormente o diagnóstico de Leishmaniose foi confirmado por meio de sorologia por imunofluorescência. Realizado assim tratamento com antimonialto de meglumina que apresentou evolução favorável, com regressão do processo destrutivo. Ainda em acompanhamento ambulatorial.

Discussão: Dentre as apresentações clínicas cerca de 3 a 5% dos casos de Leishmaniose Cutânea desenvolvam lesão mucosa. A mucosa nasal é o lugar de predileção para as lesões tendo por consequência obstrução nasal, epistaxe, granuloma no septo nasal anterior e, posteriormente, perfuração de septo nasal e queda da ponta nasal. Se houver infecção secundária, as lesões podem apresentar-se recobertas por exsudato mucopurulento e crostas.

A necessidade da distinção desta lesão dentre um variado número de diagnósticos diferenciais também se faz necessária, pois o diagnóstico precoce da lesão mucosa é essencial para que a resposta terapêutica seja mais efetiva e sejam evitadas as sequelas estéticas e funcionais, como ocorreram com a paciente relatada, que hoje aguarda por cirurgia estética e funcional para correção da sequela estrutural da doença.

Inicialmente tratada por inúmeras vezes para rinosinusite bacteriana a paciente descrita evoluiu progressivamente com o processo de agressão ao tecido mucoso nasal. O desafio diagnóstico das doenças infiltrativas da mucosa respiratória também contribuiu para o diagnóstico tardio da patologia. Inúmeros são os diagnósticos diferenciais para o caso, sendo Granulomatose de Wegener entre outras vasculites, processos neoplásicos, infecções fúngicas e bacterianas, além das parasitoses; todas hipóteses consideráveis.

A pesquisa direta dos amastigotos é positiva em 99% dos casos de lesões cutâneas recentes. Nas úlceras antigas os Resultados positivos atingem apenas 85 %. Nas formas verrucosas e lupóides obtém-se somente cerca de 15 % de Resultados positivos. Mais difícil, contudo, se torna a pesquisa do parasita nas formas mucosas, onde a positividade é muito baixa. Nisso se apresenta a importância da avaliação imunológica nas suspeitas de Leishmaniose Mucosa.

Comentários finais: A Leishmaniose Mucocutânea é uma das hipóteses que sempre devem ser aventadas em quadros de processos infiltrativos de mucosa nasal, tendo como objetivo o diagnóstico precoce, afim de evitar os extensos danos e deformidades estruturais. Desse modo, visto que a Leishmaniose Mucosa geralmente não é diagnosticada no exame parasitológico direto, é sempre necessário realizar a avaliação complementar imunológica nas suspeitas da forma Mucosa.

Palavras-chave: leishmaniose mucocutânea; nasal.

TCP11142 CARCINOMA EPIDERMOIDE DE SEIO FRONTAL COM EROSÃO DE TÁBUAS ANTERIOR E POSTERIOR: UM RELATO DE CASO

Autor principal: PAULA NIKOLAY

Coautores: PATRICIA RAUBER, LEONARDO ALBINO MEDEIROS, ELISA CORDEIRO NAUCK, ANNA PAULA BANKHARDT DA SILVA, HENRIQUE CARVALHO, AFONSO POSSAMAI DELLA JUNIOR

Instituição: Hospital Governador Celso Ramos

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 52 anos, hipertensa, cardiopata e diabética, apresentava queixa de cefaleia frontal de forte intensidade, com piora progressiva e 06 meses de evolução. Durante investigação do quadro clínico pela equipe de neurologia, foi identificada à ressonância magnética lesão expansiva e sólida preenchendo parcialmente seios frontais, recessos frontais e células etmoidais anteriores, predominantemente à direita da linha média, com invasão de tábua anterior e posterior do seio frontal, medindo 4,6 x 4,0 x 2,3cm e com extensão para tecido subcutâneo e revestimento paquimeníngeo.

Encaminhada para esta instituição hospitalar para investigação e manejo pela equipe da otorrinolaringologia. Submetida então à sinusotomia etmoidal anterior parcial à direita e biópsia de tumor em região de recesso frontal direito, cujo exame anatomopatológico evidenciou carcinoma de células escamosas, moderadamente diferenciado, em papiloma escamoso. Ao estadiamento clínico mostrou-se T4bN0M0. Imunohistoquímica demonstrou pesquisa para p16 positiva.

Posteriormente foi submetida à ressecção do tumor em seio frontal por via endoscópica e por trefinação. Optado por não ressecar por completo a lesão tumoral em região de deiscência de tábua posterior por risco de formação de fístula líquórica. Encaminhada então para serviço de oncologia para realização de quimioterapia e radioterapia pós-operatórias. Tomografia de controle após término do tratamento demonstrou redução das áreas de erosão óssea no seio frontal direito e na região frontal da calota craniana, não mais se observando lesão captante de contraste no osso frontal direito.

Discussão: O carcinoma dos seios paranasais constitui patologia rara, com incidência <1: 100.000, sendo apenas 0,3% deles originários do seio frontal. A idade de Apresentação dos carcinomas de seio frontal situa-se entre a 5ª e a 7ª décadas de vida, sendo mais frequente no sexo masculino. Pode cursar com obstrução nasal, abaulamento em região fronto-orbitária, alterações oculares e epistaxe. Pela ausência de sintomas característicos, frequentemente cursa com diagnóstico tardio.

A presença de metástases na ausência de invasão cutaneomucosa é infrequente. Alterações visuais e extensão intracraniana são as complicações mais importantes.

O tratamento cirúrgico associado a radioterapia pós-operatória é a opção da maioria dos especialistas. A radioterapia também pode ser utilizada isoladamente ou em associação à quimioterapia em caso de tumores irresssecáveis. A paciente do presente caso foi submetida à radioterapia + quimioterapia pós-operatórias, evoluindo sem complicações e, até o momento, com controle da doença.

Comentários finais: Por tratar-se de patologia rara, com poucos estudos para definição de protocolos de tratamento, faz-se necessário documentar os casos de carcinoma de seio frontal, permitindo o melhor entendimento da doença.

Palavras-chave: carcinoma epidermoide; seio frontal.

TCP11143 MUCORMICOSE ESFENOIDAL E COMPROMETIMENTO DA VISÃO: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEGUIMENTO CLÍNICO

Autor principal: LAURA MARTINS GIRALDI

Coautores: ENRICO GUIDO OLIVEIRA MINNITI, JULIA FORMES DIAS, ROBERTO HYCZY RIBEIRO FILHO, FELIPE CARLOS STEINER, JESSICA ECHEVERRIA, LUCAS DEMETRIO SPARAGA, MARCO CESAR JORGE DOS SANTOS

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Apresentação do caso: Paciente masculino, 59 anos, hipertenso, diabético tipo I, dislipidêmico, com história de doença reumatológica e amaurose em olho direito foi encaminhado ao hospital terciário com quadro de cefaleia e alteração visual progressiva em olho esquerdo com 15 dias de evolução, apresentando redução da acuidade visual e perda da visão a cores. Ao exame físico notou-se apenas discreta proptose no olho esquerdo. A tomografia computadorizada (TC) da face revelou alteração na topografia do ápice orbitário esquerdo com infiltração de planos gordurosos adjacentes ao nervo óptico, associado a erosão da parede lateral do seio esfenoidal esquerdo. O paciente foi então submetido a ressonância nuclear magnética, evidenciando formação tecidual com intenso realce pelo contraste endovenoso, de limites imprecisos, ocupando o ápice orbitário esquerdo, com alteração de sinal no seio cavernoso. Visando descartar trombose do seio cavernoso, realizou-se angio-TC de crânio, que descartou a suspeita. Os departamentos de otorrinolaringologia, neurocirurgia, neurologia, oftalmologia, infectologia e clínica médica atuaram juntos no manejo do caso. Optou-se por realizar cirurgia endoscópica nasal. Durante o procedimento, observou-se tumoração em recesso óptico carotídeo de seio esfenoidal esquerdo, lesão compatível com infecção fúngica, sendo realizada remoção de toda lesão e ampliação do óstio de drenagem; o material foi enviado para análise. Após a cirurgia, o paciente apresentou melhora progressiva do quadro visual. O exame de cultura mostrou crescimento de *Aspergillus fumigatus* e *Staphylococcus aureus*. O anatomopatológico revelou material extensamente necrótico permeado por grande quantidade de estruturas fúngicas (hifas e pseudo-hifas septadas, com paredes delgadas e brotamentos em ângulo agudo) compatíveis com mucormicose e aspergilose, além de presença de *Candida* sp. Durante o internamento, o evoluiu com piora da insuficiência renal, descontrole glicêmico e quadro de bacteremia, sendo instituído protocolo de sepse. Inicialmente foi tratamento com anfotericina B, vancomicina e cefepime, sendo posteriormente escalonado para levofloxacino, itraconazol, sulfametoxazol com trimetoprima e doxiciclina. Após 14 dias de internação, manejo e controle de comorbidades, o paciente apresentou estabilidade clínica e teve alta hospitalar, finalizando o tratamento medicamentoso em domicílio sem sequelas.

Discussão: A infecção fúngica de seios paranasais compreende um espectro que varia desde colonização até invasão fulminante e possivelmente letal. A manifestação clínica da infecção varia conforme o estado imunológico do paciente. A sinusite fúngica invasiva acomete principalmente pacientes imunodeprimidos e é causada por mucormicoses e fungos da espécie *Aspergillus*. Esta infecção é classificada histologicamente pela identificação do fungo associada a necrose tecidual. A fase inicial da invasão tecidual pode ser oligossintomática e de difícil diagnóstico. Os sintomas podem variar conforme o seio da face acometido. O envolvimento do seio esfenoidal pode levar a síndrome do ápice orbitário, caracterizada pelo envolvimento das estruturas nervosas que atravessam o forame óptico e a fissura orbitária superior, levando ao comprometimento dos nervos: oculomotor, troclear, abducente e da divisão oftálmica do nervo trigêmeo, juntamente com acometimento do nervo óptico. Alguns estudos apontam que estes pacientes acometidos por sinusite fúngica previamente apresentavam alteração anatômicas ou nasossinusais; o paciente do caso relatado possuía apenas desvio septal e discreto espessamento mucoso de seio maxilar esquerdo, mas não há evidência de sinusopatia prévia ao quadro clínico apresentado.

Comentários finais: As sinusites fúngicas invasivas podem tem Apresentação clínica diversa. Em pacientes imunossuprimidos a investigação deve ser ampla e imediata quando houver suspeita. Tão importante quanto investigar, o controle clínico de doenças de base deve ser criterioso para permitir uma boa recuperação. O diagnóstico e tratamento precoces são essenciais para o bom desfecho destes quadros.

Palavras-chave: mucormicose; sinusite esfenoidal; diabetes mellitus.

TCP11144 ALTERAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS NA HOLOPROSENCEFALIA**Autor principal:** MARCELA SOUZA BOLDT**Coautores:** PAULA CORDOVAL CAETANO, RODRIGO DE ANDRADE PEREIRA, ANA ELISA MOTA MAGALHÃES SANTANA**Instituição:** Hospital Governador Israel Pinheiro**Apresentação dos casos:**

Caso 1: Recém-nascido do sexo feminino com diagnóstico de holoprosencefalia semilobar, nascido de parto cesáreo, pré-natal incompleto, pré-termo (36 semanas e 6 dias), PIG (2180g), PC 29cm, APGAR 8 e 9. Identificadas mal formações craniofaciais ao nascimento como, microcefalia, fissura labial pré forame incisivo completa a direita e hipotelorismo ocular. Solicitada avaliação otorrinolaringológica por disfagia orofaríngea. Foi realizada fibronasendoscopia com teste de corante azul e identificado fechamento velofaríngeo inadequado, retenção salivar e de corante em seios piriformes, com penetração e aspiração laríngea. Paciente foi submetida a gastrostomia, porém evoluiu com crises convulsivas de difícil controle, hiponatremia, bradicardia e óbito após 50 dias de vida.

Caso 2: Recém-nascido do sexo masculino com diagnóstico de holoprosencefalia semilobar apresentou sofrimento fetal agudo nos primeiros minutos de vida e necessidade de IOT. Nascido de parto vaginal, a termo (38 semanas e 4 dias), AIG (3455g), PC 33cm, APGAR 2 e 3. Mãe com diabetes insulino requerente. Durante o pré-natal, foram identificadas mal formações ao ultrassom morfológico como não visualização de osso nasal e dilatação do sistema ventricular cerebral. Após estabilização clínica, foi extubado porém, persistiu com esforço respiratório e apresentou roncos e estridor inspiratório. Durante a avaliação otorrinolaringológica, não foi possível progredir nasofibrosκόpio flexível de 2.2mm de diâmetro. A TC de face evidenciou diâmetro da abertura piriforme 6.4mm e incisivo central maxilar único. Inicialmente, indicado tratamento conservador com lavagens nasais e vasoconstricção tópica. Com 43 dias de vida intercorreu com sepsis de foco pulmonar e óbito.

Discussão: A holoprosencefalia (HPE) tem uma prevalência de 1,31 por 10.000 nascidos vivos e natimortos. Consiste em um defeito do desenvolvimento do prosencéfalo e é comumente associado a defeitos do terço médio da face. A etiologia ainda não está totalmente esclarecida, além de fatores genéticos, foram implicados fatores ambientais como diabetes materno, uso de ácido retinóico, drogas e álcool. A HPE representa um espectro de defeitos craniofaciais e do SNC.

A gravidade do defeito facial se correlaciona com a gravidade do defeito cerebral. As formas muito leves de HPE podem se apresentar apenas com um único incisivo central superior. As leves com estenose da abertura piriforme, microcefalia, microftalmia, hipotelorismo, hipoplasia da face média e fissura labiopalatina. Já as formas moderadas a graves (lobar, semilobar e alobar) estão associadas a maior envolvimento do SNC e defeitos mais graves da linha média facial – probóscide, fissura medifacial, ciclopia. Outras condições associadas incluem epilepsia, hidrocefalia e disfunção hipotalâmica.

As dificuldades de alimentação resultam de letargia, convulsões, hipotonia, baixa capacidade de sucção e disfunção oro-sensorial.

O diagnóstico pode ser realizado no período pré-natal por meio de ultrassonografia e o exame de escolha para o diagnóstico pós-natal é a RM de alta resolução.

A estenose congênita da abertura piriforme pode ocorrer isoladamente ou em associação com holoprosencefalia e com outras anormalidades - incisivo central superior único, anormalidades hipofisárias e craniossinostose. O achado na tomografia de pequena abertura nasal confirma o diagnóstico e diferencia essa malformação de atresia de coanas e outras causas de obstrução nasal anterior. Um tratamento paliativo com vasoconstritores tópicos e sondas pode ser empregado até o alargamento cirúrgico da abertura piriforme ou até o crescimento da via aérea superior. Estenoses graves podem precisar de traqueostomia.

Comentários finais: A HPE é uma afecção relativamente rara que se manifesta em um *continuum* de mal formações craniofaciais e do SNC. O especialista deve se atentar para mal formações isoladas da linha média - megaincisivo, fissura labiopalatina ou estenose de abertura piriforme, que sugerem doença muito leve ou leve. Casos moderados e graves demandam acompanhamento multidisciplinar e possuem prognóstico reservado.

Palavras-chave: holoprosencefalia; estenose da abertura piriforme; fissura labiopalatina.

TCP11145 ANGIOFIBROMA EXTRANASOFARÍNGEO: RELATO DE CASO

Autor principal: ANA CECÍLIA SOARES BRIGIDO

Coautores: DENISE ALICE DE SOUSA ARAUJO, TINO MIRO AURÉLIO MARQUES, VIVIANE CARVALHO DA SILVA, MARCOS RABELO DE FREITAS, ANDRE ALENCAR ARARIPE NUNES, RAQUEL CUSTÓDIO SOUZA, MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA

Instituição: Hospital Universitário Walter Cantídio

Apresentação do caso: Paciente, sexo feminino, 61 anos, com relato de obstrução nasal, progressiva, inicialmente unilateral à esquerda, que evoluiu para bilateral, há 7 meses; associada à rinorreia amarelada, persistente, e hipoacusia. Refere que, após 5 meses, passou a apresentar exteriorização de lesão de coloração vermelha por vestíbulo nasal esquerdo, com áreas de necrose, e episódios de epistaxe anterior ipsilateral, em pequena quantidade. Foi encaminhada para investigação em serviço terciário, onde realizou tomografia computadorizada, que evidenciou lesão extensa, com conteúdo de partes moles, ocupando seio maxilar esquerdo, estendendo-se para a fossa nasal, coana e seios esfenoidal, frontal e etmoidal. A tumoração apresentou crescimento acelerado, com significativa exteriorização por fossa nasal esquerda, ocasionando prejuízo funcional e estético à paciente, sendo indicado tratamento cirúrgico. A exérese da lesão ocorreu por acesso combinado, endonasal e transpalatino (técnica Degloving), assim como foram realizadas sinusotomias dos seios acometidos, ipsilaterais. No intraoperatório, observou-se que a lesão não tinha origem do forame esfenopalatino, sendo aventada a hipótese de Angiofibroma extranasofaríngeo, a qual foi confirmada em estudo anatomopatológico.

Discussão: O angiofibroma nasofaríngeo é uma neoplasia fibrovascular localmente agressiva da nasofaringe desenvolvida quase exclusivamente em pacientes jovens do sexo masculino. O quadro clínico é caracterizado por sintomas obstrutivos, epistaxe e otomastoidite crônica devido à obstrução extrínseca da tuba auditiva. Na rinoscopia anterior ou nasofibrosopia, pode ser visto como uma massa azul-avermelhada pálida. Originam-se principalmente na topografia do forame esfenopalatino, mas podem se estender para fossa pterigopalatina, órbita, seios paranasais, cavidade intracraniana e fossa infratemporal, e apresentam realce após contraste na tomografia computadorizada. No caso em questão, a paciente, idosa, com história de obstrução nasal unilateral e tumor de crescimento rápido, exteriorizando-se pelo vestíbulo nasal, apresentou tumoração com origem em seio maxilar, sendo considerado um caso de Angiofibroma extranasofaríngeo.

Comentários finais: Apesar da clássica epidemiologia do angiofibroma, não se pode excluir a hipótese de uma lesão extranasofaríngea como diagnóstico diferencial dos tumores nasossinusais em qualquer gênero ou faixa etária, devendo, portanto, considerar biópsias indiscriminadas e construir um bom planejamento cirúrgico pré-operatório, com avaliação da necessidade de embolização vascular em tumores nasossinusais altamente vascularizados.

Palavras-chave: angiofibroma nasofaringeo; mulher.

TCP11146 NEUROBLASTOMA OLFATÓRIO: SOBREVIDA E COMPLICAÇÕES - RELATO DE CASO

Autor principal: LUMA DE OLIVEIRA MORAIS

Coautores: THAIS AGUIAR BRITO, MARIA LUIZA ROHR ZANON, WENDELL ALLAN HANZAWA, PEDRO HENRIQUE CARRILHO GARCIA, AMANDA THIEMY MANO SHIMOHIRA, RENAN CÉSAR DE FREITAS, LUIZ SERGIO RAPOSO

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Apresentação de caso: Masculino, 50 anos de idade, há oito anos foi encaminhado ao ambulatório de otorrinolaringologia devido à queixa de obstrução nasal crônica à direita – 1 ano de evolução – e epistaxes de repetição, além de alterações visuais (visão turva). Exame físico e nasofibrocópico apresentavam exoftalmia à direita e massa em cavidade nasal ipsilateral, obstrutiva, esbranquiçada e com áreas hipervascularizadas. Tomografia de seios da face evidenciou lesão com densidade de partes moles, aspecto heterogêneo, ocupando interior de cavidade nasal direita, células etmoidais, seio esfenoidal direito, seio maxilar direito e seio frontal. Realce central heterogêneo ao meio de contraste, desmineralização de células etmoidais e lâmina papirácea direita, com rechaçamento do músculo reto medial direito. Ressonância confirmou lesão expansiva isointensa em T1 e hiperintensa em T2, com epicentro na cavidade nasal direita e extensão lateral para órbita e cranial para o seio frontal, além do parênquima cerebral. Após biópsia e imunoistoquímica, confirmado o diagnóstico de neuroblastoma olfatório. No início de 2014 passou por embolização do tumor e radioterapia local, ficando a doença estável até dezembro do mesmo ano, onde foi observado por meio de exames de imagem que a lesão estava evoluindo para o interior da órbita a direita. Optou-se então por maxilectomia medial direita para exérese da lesão e craniotomia frontal direita para exérese de processo expansivo extradural frontal. Ressonância pós-operatória demonstrou lesão residual na porção superior das cavidades nasais, predomínio direito, de 3,4 x 3,0 cm, com envolvimento do seio frontal e espessamento meníngeo difuso na região basal dos lobos frontais. Foi proposto quimioterapia paliativa com 9 ciclos de Cisplatina e Etoposídeo, com término em meados de 2015. Os exames de imagem evolutivos evidenciavam material hiperintenso em T2 com realce junto às paredes dos seios maxilares, células etmoidais e seio frontal inferindo espessamento mucoso, associado a aparente lesão com realce na projeção das células etmoidais junto à parede ínfero-medial das órbitas/bulbo olfatório a direita que poderiam corresponder a tumor residual ou recidivado. Tais alterações foram acompanhadas até final de 2020, com estabilidade. Em 2021, em novo estadiamento, observou-se aumento da lesão. Foi proposto exérese do tumor por acesso de Weber Ferguson à direita. Após cirurgia, em ressonância magnética de seguimento ambulatorial ainda demonstrou lesão com realce em cavidade nasal direita, com extensão para parede medial da órbita e fossa craniana anterior, além de extensão dural e intracraniana pelo assoalho da fossa craniana anterior. Após 1 mês do procedimento, paciente foi admitido em hospital com rebaixamento do nível de consciência que, somado à avaliação laboratorial e líquórica, firmou diagnóstico de meningite bacteriana. Nova ressonância magnética evidenciou formação liquefeita com realce periférico de 1,0 x 0,5 cm em região subcortical parassagital de lobo frontal direito, inferindo abscesso. Foi abordado pela equipe da neurocirurgia, com drenagem e fechamento de fístula do seio frontal, provável causa do abscesso.

Discussão: O neuroblastoma olfatório tem origem neuroendócrina, surge a partir da mucosa nasal olfatória superior e representa cerca de 5% das doenças malignas nasossinusais. Predomínio no sexo masculino, 2ª a 6ª década de vida. A clínica envolve obstrução nasal, rinorreia, hiposmia, facialgia e epistaxe. O diagnóstico envolve o exame físico completo, com nasofibrocopia, e exames de imagem. Como o caso descrito, esse tumor pode disseminar intracranialmente de forma precoce. A terapêutica envolve ressecção craniofacial combinada com radioterapia, reduzindo os níveis de recorrência, assim como quimioterapia, considerando-se os estágios de Kadish. **Considerações Finais:** Este é um caso que mostra uma sobrevida ímpar de paciente com diagnóstico raro e com diversas complicações ao longo da história clínica, com avaliação multidisciplinar de seguimento. Isso mostra a importância de exame físico adequado na rotina médica.

Palavras-chave: neuroblastoma olfatório; tumor maligno; sobrevida.

TCP11147 RINOSSINUSITE AGUDA MAXILAR ESQUERDA COMPLICADA COM EMPIEMA SUBDURAL E CELULITE ORBITÁRIA DIREITA

Autor principal: PRISCILLA LUCENA DE FIGUEIREDO

Coautores: GRAZIELA BRITTO DE CARVALHO LOBO SOUSA, DANIELA SANTIAGO PASSOS, NATÁLIA MATOS MURICY, JULIO CEZAR SILVA SANTOS FILHO, ALESSANDRO TUNES BARROS, TAÍSA MARIA BRITO AMORIM, GABRIELA DA SILVA OLIVEIRA CERQUEIRA

Instituição: Hospital Santo Antônio - Obras Sociais Irmã Dulce

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, A. S. B., 36 anos, admitida em hospital de emergência com quadro progressivo há 5 dias de cefaleia holocraniana e em hemiface esquerda de caráter contínuo associada a rinorreia purulenta unilateral à esquerda e febre, além de acometimento ocular, incluindo diminuição da mobilidade ocular e leve redução da acuidade visual, além de quemose e proptose extensa oculares à direita. Ao exame físico: abertura bucal limitada, sem secreção em parede posterior. À rinoscopia, visualizada presença de secreção mucopurulenta em meato médio da fossa nasal esquerda, sem alterações em fossa nasal direita. Realizada tomografia computadorizada de crânio, evidenciando empiema subdural e celulite orbitária direita. Paciente foi internada, sendo iniciada antibioticoterapia com ceftriaxona e clindamicina, e após cerca de 09 dias de internamento, manteve febre e continua cefaleia, sendo realizada segundo orientação da infectologia, a mudança da antibioticoterapia para Meropenem e Vancomicina e foi submetida a sinusectomia endoscópica nasal à esquerda para drenagem de seio maxilar, 10 dias após internamento. Paciente evoluiu com melhora clínica importante, recebendo alta hospitalar após 13 dias do procedimento pra homecare a fim de manter antibioticoterapia sistêmica por 6 a 8 semanas e cuidados de lavagem nasal contínua.

Discussão: A rinossinusite é uma doença potencialmente grave, que pode apresentar complicações de variados graus de morbidade e mortalidade. Dentre as complicações da rinossinusite, as orbitárias são as mais frequentes, estando os jovens entre as faixas etárias mais acometidas, podendo ocorrer sobre várias vias de disseminação, a incluir, contiguidade, erosão óssea, veias diploicas e hematogenica (como neste referido caso). Complicações simultâneas envolvendo a órbita e o espaço intracraniano são extremamente raras, e devem ser tratadas de forma imediata por aumentarem muito a taxa de morbidade e mortalidade.

Comentários finais: O caso descrito ressalta a importância do diagnóstico precoce das complicações das rinossinusites, bem como da correta abordagem e seguimento vigilantes, pois complicações associadas podem acontecer, inclusive com evolução clínica inesperada, evitando dessa forma repercussões fatais.

Palavras-chave: rinossinusite aguda complicada; celulite orbitária; empiema.

TCP11148 CIRURGIA ENDOSCÓPICA NASAL COMO TRATAMENTO DO PAPILOMA NASOSSINUSAL ONCOCÍTICO: RELATO DE CASO

Autor principal: GRAZIELA BRITTO DE CARVALHO LOBO SOUSA

Coautores: PRISCILLA LUCENA DE FIGUEIREDO, DANIELA SANTIAGO PASSOS, NATÁLIA MATOS MURICY, ALESSANDRO TUNES BARROS

Instituição: Hospital Santo Antônio

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, N. C. D. S., 42 anos, procedente de Salvador, com história de obstrução nasal unilateral a direita há 6 meses, associada a epistaxe de pequena quantidade e autolimitada, além de rinorreia mucopurulenta ipsilateral, sem perda de peso. Negou tabagismo ou etilismo. Realizou fibronasosendoscopia flexível, sendo visualizada lesão ocupando quase toda a fossa nasal direita, além de tomografia de face e seios paranasais em 19/02/21, que evidenciou formação com densidade de partes moles de seio maxilar direito com áreas de rompimento da cortical óssea e invasão para espaço mastigatório ipsilateral. Submetida a biópsia incisional ambulatorial em 29/03/21, com histopatológico compatível com Polipose nasossinusal. Optou-se, então, por realização de cirurgia endoscópica nasal com acesso Caldwell-Luc a direita em 10/05/21, no serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Santo Antônio, para ressecção da lesão e novo estudo histopatológico, o qual identificou Papiloma Nasossinusal Oncocítico com pesquisa de atividade viral negativa. Desde então a paciente já retornou para cerca de seis revisões pós-cirúrgicas, sendo a última em 28/03/22, onde foi realizada nova nasofibroendoscopia flexível no momento da consulta, sem sinais de recidiva da lesão.

Discussão: O papiloma nasossinusal oncocítico é o menos frequente entre os papilomas nasossinusais (invertido, evertido e oncocítico), correspondendo a cerca de 3 a 5% destes tumores. Entretanto, é o que possui maiores taxas de malignização (aproximadamente 14%). Sua incidência é mais comum em pacientes jovens, diferenciando-se histologicamente do invertido pela presença de grânulos citoplasmáticos eosinofílicos. Acomete geralmente a parede lateral da cavidade nasal e meato médio, com aspecto semelhante a um pólipos com projeções digitiformes. Seu tratamento clássico é através de cirurgia, mas alguns casos podem necessitar de radioterapia adjuvante.

Comentários finais: O caso descrito ressalta a importância da avaliação em conjunto do quadro clínico aos exames de imagem, endoscópicos e estudo histopatológico, para a determinação de um diagnóstico precoce preciso e, consequentemente, a possibilidade de um tratamento cirúrgico adequado e curativo, sem a necessidade de terapia adjuvante. Contudo, vale ressaltar que esta, por vezes, se faz necessária, principalmente em tumores extensos e em casos de recidiva, devendo a sua indicação ser avaliada de maneira individualizada para cada paciente.

Palavras-chave: papiloma oncocítico; cirurgia endoscópica nasal; epistaxe.

TCP11149 NEOPLASIA MALIGNA NASOSSINUSAL INDIFERENCIADA: RELATO DE CASO

Autor principal: ENZO MARTINS DE MARCH

Coautores: LEILA ROBERTA CRISIGIOVANNI, LAIS GENERO PIZZATTO, JAMILE GARDIN DOS SANTOS, LUCAS KENJI SAKAI, ISABELLA GIL, FABIO FERNANDES LABANCA, ALICE BOLLMANN DA COSTA MOREIRA

Instituição: Hospital Angelina Caron

Apresentação do caso: T.S., feminino, 44 anos, previamente hígida, encaminhada ao serviço de Otorrinolaringologia por quadro de obstrução nasal à esquerda com início há dois meses, progressiva, associado à rinorreia purulenta, hiposmia, cacosmia, epistaxe e facialgia ipsilateral, sem melhora após antibioticoterapia. Apresentou perda ponderal de 14 quilogramas em 4 meses. Nasofibrosopia demonstrou lesão vegetante e friável em meato comum à esquerda com extensão ao cavum e drenagem de secreção purulenta e meato médio. Realizou tomografia computadorizada de seios paranasais que evidenciou velamento de células etmoidais anteriores e posteriores à esquerda, de seio maxilar ipsilateral com alargamento do complexo óstio meatal e presença de material com densidade de partes moles com extensão até a coana. Paciente submetido à cirurgia endoscópica dos seios paranasais com exérese de tumor de fossa nasal, sem intercorrências. Enviado material para anatomopatológico que constatou neoplasia maligna indiferenciada, de padrão sólido, infiltrativa em córion de mucosa respiratória, não podendo excluir como diagnóstico diferencial linfoma de alto grau, carcinoma pouco diferenciado não queratinizante ou neoplasia de outra histogênese. Solicitado estudo imunohistoquímico para determinação da linhagem histológica. Paciente encaminhada ao serviço de oncologia para acompanhamento em conjunto.

Discussão: Os tumores malignos nasossinusais são raros e correspondem a menos de 5% das neoplasias malignas da cabeça e pescoço, sendo mais frequente no sexo masculino após a 5ª década de vida. Devido sua localização em porções mais profundas da face, costumam apresentar poucos sintomas nas fases iniciais. Obstrução e sangramento nasal, dor facial e rinorreia persistente são sintomas inespecíficos e, muitas vezes, indistinguíveis dos sintomas de pacientes com doenças inflamatórias benignas. Os tipos histológicos mais comuns são: carcinoma epidermoide, carcinoma indiferenciado, esteseuroblastoma, adenocarcinoma e carcinoma adenocístico. A ressecção cirúrgica completa representa a base do tratamento para tumores pequenos e localizados, enquanto lesões localmente avançadas necessitam, na maioria dos casos, de radioterapia ou quimioterapia adjuvante.

Conclusão: As neoplasias nasossinusais são patologias incomuns e podem apresentar comportamentos variados. A inespecificidade dos sintomas tende a retardar seu diagnóstico, sendo necessária a alta suspeição clínica. O diagnóstico histopatológico é imprescindível para a condução adequada de cada caso e exige, muitas vezes, do tratamento multidisciplinar.

Palavras-chave: tumores nasossinusais; epistaxe; hiposmia.

TCP11150 POLIPO ANTROCOANAL - RELATO DE CASO

Autor principal: TARCÍSIO REDES XAVIER

Coautores: VICTOR HUGO TETILLA MOREIRA, RAYNA FERRER DE SOUZA GONÇALVES, MÁRIO PINHEIRO ESPÓSITO, MARIA LUIZA VERONESE BAZZO, LEIDIANY ALVES DE AMORIM, RAUL IVO AURELIANO NETO

Instituição: Hospital Otorrino

Apresentação: N.S.F.S, 17 anos, sexo feminino, previamente hígida, sem comorbidades, estudante do ensino médio, relata quadro de obstrução nasal persistente há cerca de 8 meses, sendo mais importante à direita. Refere fazer uso crônico de descongestionantes nasais, porém, sem apresentar grande melhora. À rinoscopia, com auxílio de vídeo endoscópio, observa-se uma grande massa de aspecto gelatinoso e translúcido ocupando todo meato médio, inferior e recesso eseno-etimoidal à direita e ocupando praticamente toda região de cavum, estendendo-se à coana esquerda obstruindo ambas as tubas auditvas

Discussão: Apesar de não ser uma afecção rara, o pólipio antrocoanal ou pólipio de Killian teve pouca divulgação e poucos casos descritos na literatura especializada nos últimos anos. Trata-se

de uma doença benigna de inserção unilateral que se origina ao nível do assoalho do seio maxilar, próximo às raízes dentárias migra para a cavidade nasal, cavum e até orofaringe. O pólipio de Killian ocorre mais comumente em crianças e adultos jovens. É considerado o pólipio mais comum em crianças, tendo como etiologia, provavelmente, uma doença inflamatória bacteriana crônica e/ou fibrose cística, sendo raros os casos de associação com alergia

Os principais diagnósticos diferenciais são feitos com grande cisto mucoso de retenção, tumor de antro maxilar, mucocele, sinusite maxilar e com meningoencefalocele. O tratamento cirúrgico, podendo ser utilizado alguns tipos de abordagem ao pólipio. Os acessos mais utilizados são a microcirurgia endonasal, a cirurgia endoscópica e a técnica de Caldwell-Luc

Comentários finais: Pólipio antrocoanal, ou Pólipio de Killian, é uma afecção predominante entre crianças e adultos jovens. Apesar de uma abordagem bem executada, na origem do pólipio no seio maxilar, ainda existe a possibilidade de recidiva pós-operatória. A ocorrência de Polipo antrocoanal bilateral é rara, sendo, nesses casos, a biópsia da lesão é mandatória para confirmação histopatológica.

Palavras-chave: polipo antrocoanal; polipo de Killian; polipose nasal.

TCP11151 RELATO DE CASO: CARCINOMA EPIDERMÓIDE DA CAVIDADE NASAL

Autor principal: DIMAS DA SILVA RICO JUNIOR

Instituição: IFO

Introdução: O tumor maligno mais comum da cavidade nasal é o carcinoma epidermóide, que apresenta crescimento rápido e característica invasora, apresentando pior prognóstico quando há invasão dos seios paranasais. Os fatores de risco para este tumor, assim como na maioria dos tumores de cabeça e pescoço são: tabagismo e papiloma vírus (HPV).

Apresentação do caso: Homen, 77 anos, aposentado, apresentando episódios recorrentes de epistaxe, que piora com alterações climáticas. O paciente evoluiu com episódios de picos hipertensivos, associado ao aumento da frequência e volume dos quadros de epistaxe. Foi referenciado pelo neurologista que havia solicitado tomografia de seios da face, demonstrando massa em cavidade nasal com provável invasão de etmóide e apex petroso. Então, foi submetido a cirurgia endoscópica endonasal para ressecção de tumor e feito biópsia por congelação, a qual foi posteriormente confirmada por anatomopatológico, sendo o resultado carcinoma epidermóide invasivo, moderadamente diferenciado, localizado na região descrita na tomografia computadorizada.

Discussão / Conclusão: O exame de imagem tem grande valia na investigação de um quadro de epistaxe recorrente, tanto para diagnóstico etiológico quanto para exclusão de determinadas patologias de base que podem ser a causa do quadro.

Os carcinomas epidermóides apresentam grau de destruição correspondente ao seu volume, semelhante aos tumores epidermóides de outros sítios, e isso está relacionado a evolução e prognóstico da doença.

A abordagem endoscópica endonasal em tumores malignos invasivos, é uma importante ferramenta, além de eficaz, mesmo com envolvimento de estruturas adjacentes.

Palavras-chave: rinologia; cavidade nasal; carcinoma epidermoide.

TCP11152 RELATO DE CASO: MENINGIOMA DE FOSSA ANTERIOR

Autor principal: DIMAS DA SILVA RICO JUNIOR

Instituição: IFO

Introdução: Os meningiomas estão entre os tumores benignos intracranianos assintomáticos mais comuns. Estes são originados de células da aracnóide, e podem ser encontrados ao longo das diversas superfícies externas do cérebro, bem como no interior do sistema ventricular, onde se originam das células aracnóideas do estroma do plexo coróide. A incidência desta patologia independe do gênero, mas aumenta com a idade, visto que pacientes com mais de 70 anos tem chance 3,5 vezes maior de ter a doença, quando comparado a pacientes jovens. Porém, a taxa de crescimento tumoral parece ser menor nos pacientes com idade avançada.

Apresentação do caso: Paciente masculino, 32 anos, negro, operador de máquina, iniciou no ano de 2013 com quadro de hiposmia, que referiu atrapalhar suas atividades diárias. No mesmo ano, subitamente iniciou com anosmia, onde também evoluiu com perda do paladar. Não tinha nenhuma outra queixa digna de nota. Paciente sem comorbidades, apenas com história familiar de prima com tumor em região frontal. Na abordagem diagnóstica foi realizado tomografia de crânio, que evidenciou lesão em região de fossa anterior, um provável meningioma. A abordagem do tumor foi realizada por via endoscópica endonasal, com ressecção de grande parte do tumor e reconstrução de base de crânio com retalho nasosseptal. A confirmação diagnóstica foi realizada através de biópsia por congelamento e posterior anatomopatológico.

Discussão / Comentários finais: Embora a maioria dos pacientes com hiposmia não tenha o sintoma causado por patologia tumoral, é importante reforçar a necessidade de investigação, lançando mão de exames de imagem em pacientes com queixas de alteração olfativa e de outros sentidos, independentemente da idade do paciente, devido à possibilidade de condições mais agravantes que requerem diagnóstico precoce para um melhor prognóstico.

Palavras-chave: meningioma; cirurgia.

TCP11153 O PAPEL DA OTORRINOLARINGOLOGIA NO DIAGNÓSTICO DA GRANULOMATOSE COM POLIANGEÍTE: UM RELATO DE CASO

Autor principal: NARA ZIVIANI VALE SILVA

Coautores: FERNANDO ANDREIUOLO RODRIGUES, FELIPE DE ARAUJO BASTOS VIANNA, LORENA GALDINO TEIXEIRA, MATEUS SALES MORAIS, GUILHERME RAMOS MENEZES GOMES DE VASCONCELOS

Instituição: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Apresentação do caso: Trata-se de paciente feminina, negra, de quarenta e dois anos de idade, que procurou acompanhamento otorrinolaringológico queixando, há cinco anos, início de quadro de obstrução nasal bilateral, facialgia, gotejamento pós nasal e secreção nasal purulenta. Paciente com histórico de uso frequente de antibióticos e corticoterapia oral e tópica, sem melhora dos sintomas. Ao exame físico, observou-se edema periorbitário importante e eritema conjuntival, fossas nasais preenchidas por crostas e secreção purulenta, extremamente atrófica e friável à manipulação. Hipertensa controlada, em uso de losartana e hidroclorotiazida.

Tomografia de seios da face apresentando obstrução completa dos complexos ostiomeatais e dos recessos esfenoidais. Preenchimento, por material com densidade de partes moles, de seios maxilares, etmoidais e frontais. P-ANCA e C-ANCA não reagentes e IgE específico elevado para *D. pteronyssinus* e *D. farinae*. Função renal sem alteração.

A paciente foi submetida a cirurgia endoscópica nasal, sendo realizado antrostomia maxilar bilateral, etmoidectomia e esfenoidectomia bilaterais e turbinectomia média bilaterais. No ato cirúrgico, a equipe deparou-se com anatomia nasal extremamente distorcida. Foi realizada limpeza da cavidade nasal, aspiração de material mucopurulento e enviado tecido para estudo histopatológico. Microscopia evidenciou vasculite granulomatosa comprometendo vasos de pequeno e médio calibre, acometendo principalmente vasos de pequeno calibre, destruindo parcialmente mucosa respiratória. Ausência de visualização de fungos ou bactérias pelas colorações de Ziehl-Neelsen e Prata.

No momento, paciente encontra-se em seguimento multidisciplinar com reumatologia, otorrinolaringologia e oftalmologia, sendo aventada hipótese diagnóstica de granulomatose com poliangiíte. Iniciou terapia com metotrexato, mas, devido a ausência de resposta clínica, está realizando teste terapêutico com azatioprina.

Discussão: A granulomatose com poliangiíte, previamente denominada granulomatose de Wegener, é uma vasculite sistêmica que acomete os vasos sanguíneos de pequeno ou médio calibre, sendo os pequenos vasos mais frequentemente acometidos. Possui causa desconhecida, mas a proeminência do acometimento das vias respiratórias superiores e inferiores pode sugerir uma resposta a um antígeno inalado.

Tem incidência anual descrita em 10 casos por milhão. Há forte predomínio desta doença em pacientes brancos, em particular de ascendência norte-europeia. A proporção entre homens e mulheres é de aproximadamente 1: 1 e a média etária no momento do diagnóstico é de 50 anos.

A doença geralmente acomete os tratos respiratórios superior, inferior e renal, mas qualquer órgão pode ser envolvido por vasculite de pequeno calibre. A maioria dos pacientes apresenta patologia nasossinusal, como crostas nasais, manifestações de rinosinusite crônica, epistáxis de repetição, nariz em sela, entre outras. Também a laringe e o ouvido médio (disfunção tubária, a resultar em otite média crônica) ou interno (com surdez de tipo neurosensorial e, muito raramente, vertigem) poderão estar atingidos. A surdez neurosensorial é a segunda causa de morbidade a longo prazo relacionada com a granulomatose com poliangiíte, a seguir à insuficiência renal.

O diagnóstico é confirmado por achados histológicos e sorologia do padrão citoplasmático do anticorpo citoplasmático antineutrófilo (cANCA) – com elevação do título dos subtipos antiproteínase 3 (anti-PR3) e antimieloperoxidase (anti-MPO). Nas fases não-ativas da doença, a referida avaliação poderá não ser conclusiva, pelo que a biópsia de um ou mais órgãos/tecidos atingidos desempenha um papel importante.

Comentários Finais : A granulomatose com poliangiíte é uma doença rara e potencialmente fatal, com a qual o médico otorrinolaringologista pode se deparar, muitas das vezes, sem o diagnóstico fechado. O conhecimento do profissional sobre suas manifestações e busca de um manejo multidisciplinar é imprescindível para realização de diagnóstico precoce e tratamento assertivo e eficaz.

Palavras-chave: granulomatose; vasculite; Wegener.

TCP11154 SCHWANNOMA DE NASOFARINGE EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO.

Autor principal: LETÍCIA COSTA MOREIRA SOARES

Coautores: NABOR PLAZA RUIZ, ANA CAROLINA XAVIER OTTOLINE, DEBORA PETRUNGARO MIGUEIS, CARLOS ALEXANDRE DE OLIVEIRA LOPES, ENIO DE CASTILHO KLOH, CAIO DE FREITAS MADRUGA

Instituição: *Universidade Federal Fluminense (UFF)*

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 27 anos, apresentando tumoração localizada em nasofaringe. Na admissão, a endoscopia nasal evidenciou a presença de abaulamento em região de palato mole com projeção medial na orofaringe, rechaçando pilar anterior esquerdo e úvula, com superfície regular sem ulcerações. A tomografia computadorizada de pescoço com contraste revelou massa heterogênea, com densidade de partes moles, captante de contraste, medindo cerca de 5,8 x 2,9 x 5,0 cm, causando redução luminal da faringe e seu deslocamento anteriormente. O procedimento cirúrgico de ressecção tumoral completa foi realizado por via oral. Sua análise histopatológica e imunohistoquímica confirmou o diagnóstico de neoplasia mesenquimal do tipo Schwannoma. Durante seu acompanhamento, teve evolução funcional satisfatória, sem sinais de recidiva.

Discussão: O schwannoma é uma neoplasia benigna que se origina nas células de Schwann da bainha de mielina que envolve nervos periféricos, cuja etiologia ainda é desconhecida. Sua incidência é rara na região buco-maxilo-facial (aproximadamente 1% dos casos). O caso relatado demonstra a importância em considerar o Schwannoma como diagnóstico diferencial de tumores de nasofaringe e sua abordagem cirúrgica para remoção da lesão.

Comentários finais: É relevante destacar que a excisão cirúrgica completa com margem de segurança é o tratamento de escolha nesses casos e as taxas de recidiva e transformação maligna são extremamente baixas. No entanto, apesar da ocorrência de Schwannomas em palato mole/duro ser extremamente rara, esses tumores benignos de origem neural periférica devem ser incluídos entre os possíveis diagnósticos diferenciais para neoplasias de cabeça e pescoço.

Palavras-chave: schwannoma; tumor orofaríngeo; tumor buco-maxilo.

TCP11155 MAXILECTOMIA MEDIAL ENDOSCÓPICA REVERSÍVEL PARA RESSECÇÃO DE PÓLIPO ANTROCOANAL - RELATO DE CASO

Autor principal: FERNANDA MONTEIRO PEREIRA

Coautores: MARIANA FAGUNDES SATHLER EMERICK BERBERT, ISABELA GUEDES DE MELO CHAGAS, NATHÁLIA MEDEIROS REBELLO, LEONARDO BRANDINI SANCHES, FELIPE FERRAZ QUINTAL, ANDRÉ LUIS PEREIRA VIEIRA, GUSTAVO PEGOS RODRIGUES COY

Instituição: Hospital PUC-Campinas

Paciente masculino, 24 anos, foi avaliado no serviço de Otorrinolaringologia do Hospital PUC-Campinas com queixa de obstrução nasal à direita, roncos noturnos, halitose, fala anasalada e sensação de corpo estranho na garganta há 4 anos. À endoscopia nasal, foi visualizado desvio septal para a esquerda e uma grande massa tumoral, em fossa nasal direita, aparentemente centrada em seio maxilar, e que se estendia até a orofaringe. Em tomografia computadorizada de seios da face, sem contraste, evidenciou-se uma lesão com densidade de partes moles, homogênea, sem erosão óssea, medindo 7,1 x 2,5 cm em seus maiores eixos, e com extensão significativa para a orofaringe. Foi realizada biópsia ambulatorial da tumoração, que evidenciou se tratar de: pólipos com predomínio de infiltrado linfoplasmocitário, o que confirmou o diagnóstico de pólipos antrocoanais (PA). Durante o procedimento cirúrgico foi identificada inserção da lesão nas paredes medial e inferior do seio maxilar direito e optou-se por realizar a técnica de maxilectomia medial endoscópica reversível (MMER), que permite amplo acesso ao seio maxilar, e favorece a ressecção adequada de diversas lesões nesta topografia, assim como a preservação das estruturas que mantêm a anatomia e fisiologia normal do nariz; como o ducto nasolacrimal, a parede medial do seio maxilar e a concha inferior.

O PA é um tumor nasossinusal benigno, que surge da mucosa edematosa do seio maxilar, e pode se estender para a cavidade nasal e orofaringe. Afeta principalmente crianças e adultos jovens e representa cerca de 4 a 6% de todos os pólipos nasais. Apesar de não ser uma doença rara, existem poucos casos de pólipos gigantes descritos na literatura. A história clínica, exame físico com endoscopia nasal e exames de imagem são fundamentais na identificação dessa lesão. O paciente geralmente apresenta obstrução nasal unilateral, rinorreia, disfagia e respiração oral. O tratamento é invariavelmente cirúrgico. Este paciente foi abordado inicialmente por meio de uma antrostomia maxilar convencional, porém mesmo com pinças anguladas e um endoscópio de 70 graus, não foi possível ressecar completamente as inserções da lesão. Assim, durante o intra-operatório, optou-se por realizar a MMER, na qual o seio maxilar é aberto anteriormente ao ducto nasolacrimal. Inicialmente, realiza-se uma incisão pré-lacrimal oblíqua na mucosa, de modo a expor o processo frontal da maxila. Este é então fraturado e, assim, medializa-se a parede medial do seio maxilar e ducto nasolacrimal para acesso ao seio e ao tumor. Ao final da ressecção, a parede medial é lateralizada de volta à sua posição original e suturada com fios absorvíveis. Apesar do acompanhamento rigoroso desses pacientes, o PA pode ter uma taxa de recorrência de até 36%. Uma vez que permite um bom acesso a todas as paredes do seio maxilar, a MMER pode diminuir as chances de procedimentos de revisão. O seguimento endoscópico é realizado por meio da antrostomia maxilar. Atualmente o paciente encontra-se no terceiro mês de pós-operatório, com boa cicatrização da mucosa da região pré lacrimal, melhora significativa dos sintomas nasossinusais e sem evidências de recidivas.

O PA normalmente cursa com obstrução nasal unilateral e sintomas de rinossinusite crônica. Sintomas como roncos noturnos, halitose e sensação de corpo estranho podem ser sugestivos de lesões grandes com extensão para a orofaringe. Quando se pensa neste diagnóstico, é indispensável a realização de exames de imagem, tanto para identificar a extensão do tumor quanto para planejar o procedimento cirúrgico. No presente caso relatamos a ressecção de um PA de grande dimensão por meio da MMER. Através desta técnica foi possível remover a lesão em sua totalidade, com margens negativas, além de preservar a fisiologia normal da parede lateral do nariz.

Palavras-chave: pólipos antrocoanais; maxilectomia medial endoscópica reversível; obstrução nasal unilateral.

TCP11156 RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA NASAL DE NASOANGIOFIBROMA JUVENIL COM EMBOLIZAÇÃO PRÉVIA: RELATO DE CASO

Autor principal: GRAZIELA BRITTO DE CARVALHO LOBO SOUSA

Coautores: PRISCILLA LUCENA DE FIGUEIREDO, NATÁLIA MATOS MURICY, DANIELA SANTIAGO PASSOS, ROBERTO SANTOS TUNES, BRUNO ARAUJO SOUZA

Instituição: Hospital Santo Antônio

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, E. C. D. A., 17 anos, procedente de Guarulhos, com história de há 10 meses ter iniciado quadro de epistaxe inicialmente a esquerda e, posteriormente, bilateral, em grande quantidade, além de obstrução nasal a esquerda. Negou perda de peso ou história familiar de neoplasia nasal. Iniciou acompanhamento no serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Santo Antônio em 20/11/2020, sendo realizada nasofibrosopia flexível, que evidenciou lesão extensa em fossa nasal esquerda, vascularizada, sugestiva de nasoangiofibroma juvenil (confirmado posteriormente com estudo histopatológico). Realizada também tomografia de face e seios paranasais, a qual visualizou imagem nodular hipodensa, comprometendo coana e meatos nasais a esquerda, com extensão à rinofaringe. Sendo assim, prosseguiu-se com investigação diagnóstica com angiotomografia de face, que mostrou lesão em fossa nasal esquerda com nutrição a partir de ramos distais da artéria maxilar esquerda. O paciente foi submetido em 11/03/21 à embolização de nasoangiofibroma com partículas de Álcool Polivinílico (180-300 micras) no Hospital Geral Roberto Santos, através de punção retrógrada da artéria femoral comum direita, e no dia seguinte à cirurgia endoscópica nasal para ressecção do tumor. Foi avaliado posteriormente em consultas de revisão pós operatória, sendo a última no dia 17/09/2021, sem evidências de recidiva.

Discussão: O nasoangiofibroma é um tumor que, apesar de ser histologicamente benigno, é localmente invasivo e com alta incidência de persistência e recorrência, correspondendo a cerca de 0,5% dos tumores de cabeça e pescoço. A proposta terapêutica mais bem fundamentada é a ressecção cirúrgica, contudo em alguns casos pôde-se indicar radioterapia ou hormonioterapia. Apresenta prognóstico favorável quando diagnosticado e tratado precocemente. Além da abordagem cirúrgica, a necessidade de embolização prévia ao procedimento é um assunto que gera controvérsias, devendo a decisão ser individualizada.

Comentários finais: O caso descrito ressalta a importância do diagnóstico precoce e da avaliação individualizada deste paciente, em que foi necessária a realização prévia de embolização 24 horas antes da ressecção endoscópica nasal, com o objetivo de reduzir o risco de hemorragia intraoperatória, contribuindo para o sucesso terapêutico do mesmo.

Palavras-chave: nasoangiofibroma juvenil; epistaxe; embolização.

TCP11157 SÍNDROME DO SEIO SILENCIOSO: UM RELATO DE CASO

Autor principal: FLÁVIA EMILLY RODRIGUES DA SILVA

Coautores: MATHEUS DO NASCIMENTO JAMUR, MARIANA CAROLINA CUNHA MACHOSKI, LUIZ FELIPE ROECKER CECCON, HENRIQUE GONÇALVES DUCHINI, CAMILA SCHREIBER BORTOLAZZA, LUIZ EDUARDO NERCOLINI, LOURIMAR DE MOURA MOREIRA

Instituição: *Santa Casa de Misericórdia de Curitiba*

Apresentação do caso: Paciente masculino, K.A.F.L, 15 anos, encaminhado ao ambulatório de otorrinolaringologia e cirurgia cérvico-facial de um hospital terciário da cidade de Curitiba-PR. O paciente apresentava queixa de obstrução nasal progressiva há 2 anos. Referiu também a ocorrência de episódios esporádicos de epistaxe em pouca quantidade, com cessação espontânea. Relatou já ter sido submetido à adenoamigdalectomia aos 8 anos de idade e referia tabagismo iniciado há 3 anos. O paciente já havia sido investigado para causas metabólicas, oftalmológicas e neurológicas pelo primeiro profissional, sendo encaminhado já com exame de tomografia computadorizada de seios da face.

À rinoscopia apresentava crostas, secreção nasal espessada bilateral e desvio septal posterior com esporão ósseo à esquerda. Ao exame físico da face, não foi observado comprometimento da órbita. Na tomografia computadorizada foi confirmada a presença do desvio septal e verificou-se seio maxilar esquerdo com dimensões reduzidas, obliterado por conteúdo com densidade de partes moles, notando-se espessamento de suas paredes ósseas, rebaixamento do assoalho da órbita e aspecto atelectásico do infundíbulo com ampliação do meato médio.

Considerando a idade do paciente e o não acometimento da órbita no exame físico, optou-se por conduta expectante. Foi iniciado tratamento clínico com lavagem com solução fisiológica em grande volume e corticoide nasal, e solicitada nova tomografia de seios da face para controle da doença. O paciente e sua responsável foram orientados sobre a possível necessidade de realização de procedimento cirúrgico futuramente, conforme progressão, e da importância de manter o seguimento clínico com reavaliações em consultas subsequentes.

Discussão: A síndrome do seio silencioso é uma condição rara definida por enoftalmia espontânea e hipoglobo causada por obstrução crônica do seio maxilar. A atelectasia sinusal progressiva gera pressão negativa, retração centrípeta das paredes antrais, levando à enoftalmia assintomática. A maior prevalência se dá entre a 3ª e 4ª décadas de vida, não existindo diferenças entre os sexos.

A enoftalmia é o sinal que normalmente leva o paciente a procurar atendimento, ou a exoftalmia do olho contralateral. O paciente do caso não chegou a desenvolver alteração orbitária e o diagnóstico e o encaminhamento se deram pela alteração tomográfica, o qual é o melhor exame para análise da anatomia locorregional e evidenciar opacidade e colapso do seio maxilar afetado com retração do assoalho da órbita. O que diferencia a síndrome do seio silencioso da hipoplasia do seio maxilar é a presença de pneumatização do alvéolo maxilar na primeira, considerando a natureza tardia da ocorrência do processo e não congênita.

A literatura baseia o tratamento na restauração da aeração do seio e a correção da arquitetura das paredes sinusais e do assoalho da órbita. Atualmente, a antrostomia maxilar e a uncifectomia realizados por cirurgia endoscópica nasossinusal tornaram-se o método de escolha para tratamento. A correção da órbita pode ser realizada concomitante ou em segundo tempo cirúrgico, levando em consideração o grau da deformidade estabelecida, a alteração na função ocular e/ou visual, e o desejo do paciente. No caso relatado, o paciente será acompanhado para determinar momento oportuno para a correção cirúrgica, considerando a idade do paciente, e caso haja progressão.

Comentários finais: Apesar de rara a síndrome do seio silencioso deve sempre ser considerada como diagnóstico diferencial pelos diversos especialistas, nas alterações que envolvem enoftalmia não explicada por outros fatores tais como: traumas, neoplasias, lipodistrofias, osteomielite, entre outras. A análise tomográfica com associação de acometimento obstrutivo do seio maxilar e envolvimento orbitário ipsilateral confirmam o diagnóstico. O tratamento cirúrgico pode ser combinado ou realizada correção da órbita em segundo tempo, visto que alguns pacientes tendem à melhora do assoalho da órbita de modo espontâneo, simplesmente pelo retorno da aeração sinusal.

Palavras-chave: seio silencioso; seio silente; sinusite.

TCP11158 RELATO DE CASO: SÍNDROME DE KALLMANN

Autor principal: YASMIN EMI ENEMU MINO

Coautores: LUCAS PILLA MUZELL, YURI AUGUSTO NOGUEIRA SOZZI, LARA MARICATO DE LAS VILLAS RODRIGUES, LARISSA DE CARVALHO FORNACIARI, ANDRESSA ALENCAR SOUSA, MAYCO PURCINA DO NASCIMENTO, MARCO ANTONIO FERRAZ DE BARROS BAPTISTA

Instituição: HRAC

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 16 anos de idade, atendido no ambulatório de otorrinolaringologia do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, com história de hiposmia desde a infância - se recorda apenas de sentir cheiro de gasolina -, além de obstrução nasal contínua à direita e espirros, prurido nasal e coriza importantes quando em contato com alérgenos. À nasofibroscopia, foi evidenciado desvio septal alto à direita e hipertrofia de cornetos inferiores e médios, conferindo obstrução ao fluxo de ar. Foi iniciado tratamento nasal e solicitada tomografia de seios paranasais, que evidenciou desvio septal à direita, hipertrofia de cornetos inferiores, sendo os médios bolhosos; velamento parcial do seio maxilar esquerdo e assimetria de fossa olfatória. Em retorno, houve relato de melhora de todos os sintomas nasais, exceto a obstrução nasal e a hiposmia. Solicitada, então, ressonância magnética, que demonstrou ausência de bulbo olfatório.

O paciente em questão possui genitália bem desenvolvida, com distribuição normal dos pelos pubianos. Submetido a teste olfatório, que revelou anosmia. Paciente orientado sobre sua condição, e no momento aguarda exames hormonais e septoplastia e turbinectomia para melhora dos sintomas obstrutivos.

Discussão: A síndrome de Kallmann é uma condição genética rara caracterizada por hiposmia ou anosmia associada a hipogonadismo hipogonadotrófico. Mais comum em homens, é determinada pela falha na migração e/ou diferenciação de células embrionárias neurais que sobem do placódio olfatório até o hipotálamo, afetando apenas a secreção de gonadotrofinas. O traço pode ser transmitido de forma recessiva ligada ao X ou como autossômico dominante nos homens. Apesar de a forma clássica envolver hipodesenvolvimento genital, alguns pacientes, como o do caso em questão, podem apresentar apenas anosmia ou hiposmia, sem qualquer disfunção reprodutiva.

O diagnóstico pode ser reiterado através de anamnese minuciosa, exames hormonais como FSH e LH que se encontram normalmente abaixo do esperado, e teste do GnRH, que acusa aumento os níveis das gonadotrofinas, além de ressonância magnética, já que 75% dos pacientes com síndrome de Kallmann apresentam alguma anomalia de fossa olfatória - nessas condições, o restabelecimento do olfato tem mau prognóstico. Já o restabelecimento das funções reprodutivas pode ser facilmente tratado com reposição hormonal adequada.

Comentários finais: O manejo da doença ainda é precário em relação à hiposmia ou anosmia. Treinamento olfatório pode ser utilizado, com alguma melhora do sintoma naqueles pacientes sem anomalias de fossa olfatória em exames de imagem. O paciente deve ser orientado de que pode sentir a sensação de cheiro devido à sensibilidade da mucosa à algumas moléculas, como as de gasolina referida pelo paciente, cujo responsável é o nervo trigêmeo. Ademais, é importante alertar em relação a ambientes que dependem do uso do olfato, como em vazamentos domiciliares de gás ou outras situações de risco.

TCP11159 RINITE VASO-MOTORA E NEURECTOMIA DO VIDIANO: UM RELATO DE CASO

Autor principal: CHIARA VALVERDE ZANOTTI

Coautores: ANDRÉ W. D. FELIPPU, LÍVIA A. IÁCONO, EDUARDA M. MORETTI, MANUELLA P. LIMONGI DE MARCO, ALEXANDRE FELIPPU NETO

Instituição: Instituto Felippu de Otorrinolaringologia

Apresentação do caso: Paciente R.H.S.B., sexo masculino, 47 anos, compareceu a consulta, em abril de 2022, relatando quadro de rinite vasomotora resistente ao tratamento medicamentoso, apresentando rinorreia hialina constante e obstrução nasal que piora ao se alimentar. Negava lacrimejamento, cefaléia ou pressão facial. Diagnóstico realizado aos 20 anos, com piora progressiva e por não apresentar melhora com tratamento clínico foi submetido a uma turbinectomia inferior e média bilateral com ligadura das artérias esfenopalatinas na quarta década de vida. Mesmo após o procedimento, mantinha uso contínuo de efedrina e desloratadina para controle dos sintomas refratários.

Ao exame físico apresentava sinais de manipulação cirúrgica prévia com persistência da rinorréia hialina abundante.

Em maio de 2022, a neurectomia do vidiano foi indicada como abordagem de escolha.

Após 60 dias do procedimento, paciente relata melhora significativa dos sintomas e retomada da qualidade de vida.

Discussão: A neurectomia do vidiano foi previamente proposta por Golding-Wood, em 1957, por via transmaxilar, procedimento complexo com diversas possíveis complicações cirúrgicas devido a grande dificuldade de visualização do nervo. próximo ao início da década de 70, novas técnicas para esse procedimento foram descritas, porém somente no final desta mesma década novas propostas de sistematização cirúrgica permitiram maior visualização do nervo, como a apresentada por Prades, pela via trans-nasal microscópica, e por técnicas como a de Guillen, que descreve uma eletrocoagulação transnasal direta do vidiano. Felippu, no final dos anos 70, apresenta a visualização via endonasal do nervo, demonstrando ser a forma mais segura e direta para a realização desse procedimento.

A rinite vasomotora, que clinicamente se constitui de rinorréia, espirros e obstrução nasal, é uma das indicações da neurectomia do vidiano, quando não há resposta ao tratamento clínico, já que este nervo, composto por fibras parassimpáticas do nervo petroso superficial maior e simpáticas do nervo petroso profundo, é responsável pela inervação das glândulas lacrimais e da mucosa do trato aerodigestivo superior.

Comentários finais: As indicações da neurectomia do vidiano ainda são incertas, faltam evidências que suportem essa terapêutica como padrão ouro para rinite vaso motora refratária ao tratamento clínico, principalmente para pacientes como o descrito do caso: caucasianos; frequentemente do norte da europa, sendo necessária avaliação sistemática, esclarecimento e consentimento do paciente.

Palavras-chave: neurectomia do vidiano; rinite vasomotora; cirurgia endonasal.

TCP11160 POROMA ÉCRINO DE VESTÍBULO NASAL - RELATO DE CASO

Autor principal: GIOVANA GOMES FERNANDES

Coautores: RODRIGO LEMOS DA SILVA, ALEXANDRE VASCONCELOS DEZINCOURT, FÁBIO PALMA ALBARADO DA SILVA, FERNANDA DE QUEIROZ MOURA ARAUJO, PAULO ANDRE GONÇALVES DA CUNHA, LEANDRO JOSE ALMEIDA AMARO, LORENA GONCALVES RODRIGUES

Instituição: Hospital Universitário Bettina Ferrp de Sousa

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 53 anos, referenciada ao serviço de otorrinolaringologia devido quadro de obstrução nasal unilateral associado à presença de lesão hiperemiada, úmida, exofítica, indolor, de aspecto vegetante localizada em porção superior do vestíbulo nasal de fossa nasal direita, medindo 0,5 cm no maior diâmetro, com cerca de três meses de evolução. Paciente negou histórico de epistaxis ou de rinorreia purulenta. Ao exame de fibronasolaringoscopia não foram encontradas outras alterações fora a lesão descrita. Em vista dos presentes achados, foi levantada a hipótese diagnóstica de papiloma de vestíbulo nasal sendo indicada exérese cirúrgica da lesão. A retirada foi feita em bloco cirúrgico sob anestesia geral, a lesão foi ressecada completamente, com margens livres. Durante o pós-operatório, a paciente foi orientada realizar lavagem nasal com soro fisiológico de alto volume diariamente. Em seguida, a peça anatômica foi enviada para estudo anatomopatológico que atestou lesão intraepitelial inespecífica, com sugestão do patologista de realização de estudo imunohistoquímico, o qual atestou neoplasia epidérmica de limites precisos constituídas por células poroides com áreas ductais e algumas dilatações císticas, achados compatíveis com poroma écrino traumatizado completamente excisado. A paciente foi referenciada ao departamento de cabeça e pescoço e de oncologia, e também permaneceu em seguimento ambulatorial mensal no departamento de otorrinolaringologia, sem recidivas ou novas lesões aos exames físico e endoscópico nasal mesmo cinco meses após a cirurgia.

Discussão: Poroma écrino é um tumor benigno raro com origem na porção ductal intraepidérmica do ducto sudoríparo écrino. Geralmente é uma lesão única, hiperemiada, podendo ser dolorosa. A maioria dos casos ocorrem em regiões plantares e palmares, seguido de tórax e nádegas. Sua ocorrência na região de cabeça e pescoço é ocasional, com pouquíssimos casos em região nasal relatados na literatura. Epidemiologicamente, se apresenta por volta da quinta década de vida, com a mesma incidência para ambos os sexos. Dentre seus diagnósticos diferenciais a literatura cita carcinoma basocelular, granuloma piogênico, verruga, fibroma, melanoma, nevo, entre outros. Histopatologicamente, a lesão se origina das camadas mais baixas da epiderme e progride em direção à derme, sendo composta por células poroides, de núcleo basofílico e citoplasma eosinofílico. A literatura preconiza conduta cirúrgica com excisão completa da lesão associado a estudo anatomopatológico para tratamento e diagnóstico preciso.

Comentários finais: Em vista de tais achados, sugere-se que o poroma écrino seja considerado como diagnóstico diferencial de lesões exofíticas hiperemiadas de vestíbulo nasal. Adicionalmente, dada a raridade de apresentação clínica deste caso, torna-se importante seu relato à comunidade científica.

Palavras-chave: poroma écrino; tumor benigno; papiloma.

TCP11161 ADENOMA HIPOFISÁRIO EM SEIO ESFENOIDE: UM RELATO DE CASO.

Autor principal: CHIARA VALVERDE ZANOTTI

Coautores: ANDRÉ W. D. FELIPPU, MARIA PAULA N. A. DE SOUSA, JOSÉ MARQUEZI NETO, RIMA MOHAMAD ABOU ARABI, VANESSA N. MOURÃO

Instituição: Instituto Felippu de Otorrinolaringologia

Apresentação do caso: Paciente masculino, 40 anos, comparece à primeira consulta com quadro de irritabilidade aumentada, picos isolados de hipertensão e cefaléia há 3 meses. Foi solicitada, então, tomografia computadorizada de seios da face que constatou tumoração ocupando o seio esfenoidal.

Um tratamento cirúrgico endoscópico endonasal foi realizado, com a ressecção de toda massa tumoral do seio esfenoidal. O material foi enviado para exame histopatológico que selou como diagnóstico de adenoma hipofisário ectópico. O paciente evoluiu com melhora dos sintomas após tratamento.

Discussão: Adenomas são os tumores de hipófise mais comuns, correspondendo a 10% a 20% de todos os tumores cerebrais. Ocasionalmente, esses tumores podem se estender para fora de sela turca, e, em ocasiões mais raras, também podem ser encontrados em sítios ectópicos, tendo origem incerta e localização diversa. Adenomas hipofisários ectópicos são clinicamente detectados em razão do seu efeito de massa local e/ou hipersecreção hormonal. Imagens de Tomografia computadorizada dos seios da face e Ressonância Nuclear Magnética são usadas para estudos pré-operatórios dessa condição, e o diagnóstico é confirmado por Histopatologia e imuno histoquímica. O tratamento inclui ressecção cirúrgica associada ou não a radioterapia. O prognóstico, em geral, é bom.

Comentários finais: Adenomas hipofisários ectópicos secretores de ACTH são definidos por adenomas localizados fora da sela túrcica, não tendo continuidade com a glândula hipófise normal intrasselar. De todos os tipos de adenomas hipofisários ectópicos, o produtor de ACTH parece ser o subtipo mais comum (46% dos casos).

O tratamento padrão-ouro para esses adenomas produtores de hormônio é a ressecção cirúrgica do adenoma hipofisário, o qual é crucial para atingir a remissão da doença e para confirmar o diagnóstico através da histologia.

Palavras-chave: adenoma de hipófise; seio esfenoide; cirurgia endonasal.

TCP11162 RELATO DE CASO OSTEOMA EM SEIO FRONTAL: ABORDAGENS

Autor principal: FELIPE OTANI

Coautores: ANDRÉ W. D. FELIPPU, JOSÉ VICTOR S. TOGNI, BEATRIZ N. FERNANDES, THIAGO P. MORSCH, ALEXANDRE W. D. FELIPPU

Instituição: Instituto Felippu de Otorrinolaringologia

Apresentação do caso: Paciente M.S.L. 43 anos, em outubro de 2017 procurou atendimento otorrinolaringológico, devido a um quadro de cefaleia importante frontal pior a direita, com sensação de pressão facial e gotejamento posterior. Realizada tomografia computadorizada de seios da face, foi constatada uma obliteração do seio frontal direito e presença de osteoma no seio. Foi indicado a abordagem cirúrgica, adotando a técnica centrípeta com debridamento do seio frontal direito, otimizando a drenagem do seio e optado por manter o osteoma.

Paciente evolui com melhora clínica importante; até dezembro de 2021, quando veio apresentar novamente quadro de cefaleia frontal bilateral, porém negando pressão facial ou gotejamento posterior. Agora optado por reabordagem cirúrgica, realizando a abertura e comunicação dos seios frontais pela técnica de Lothrop modificado e remoção endoscópica do osteoma. Segue em acompanhamento, com redução significativa dos sintomas relacionados a queixa principal.

Discussão: A técnica do Draf IIb consiste em remoção parcial do corneto médio, com otimização da drenagem do seio frontal com comunicação com a fossa nasal ipsilateral.

Já em relação ao Draf III modificado com abordagem endoscópica, onde há uma comunicação dos seios frontais com remoção do septo interfrontal, comunicação direta com ambas as fossas nasais.

O Lothrop já é uma cirurgia antiga, porém o Lothrope modificado aliado técnica centrípeta por via endoscópica deve ser considerado como uma arma terapêutica, levando em conta histórico do paciente de cirurgias prévias, características da lesão e a própria experiência do cirurgião em casos complexos.

Comentários finais: O Lothrop modificado aliado a técnica centrípeta pode ser indicado como primeira escolha terapêutica, considerando falha cirúrgica prévia e/ou em casos de lesões extensas do seio.

Palavras-chave: osteoma; seio frontal; cirurgia endonasal.

TCP11163 RELATO DE CASO: DISPLASIA FIBROSA MONOSTÓTICA GANHO DE CAMPIMETRIA COM DESCOMPRESSÃO DO NERVO ÓPTICO

Autor principal: FELIPE OTANI

Coautores: ANDRÉ W. D. FELIPPU, OSÉ VICTOR S. TOGNI, BEATRIZ N. FERNANDES, THIAGO P. MORSCH

Instituição: Instituto Felippu de Otorrinolaringologia

Apresentação do caso: Paciente masculino, 16 anos, comparece à primeira consulta queixando-se de deformidade em região frontal e aumento do distanciamento intercantal. Relata início do quadro desde a infância, porém com evolução significativa há 1 ano, quando foi confirmada a hipótese diagnóstica de Displasia Fibrosa (DF) através de tomografia computadorizada (TC). Nesse momento, o paciente referia apenas queixa estética na ausência de sintomas clínicos, sendo então decidido uma conduta expectante.

Após 2 anos de evolução, retornou com nova TC dos seios da face e queixa de diminuição do campo visual à direita quando observou-se compressão de nervo óptico ipsilateral, optando-se pela cirurgia endoscópica endonasal centrípeta com ressecção parcial do tumor e descompressão nervosa. Em acompanhamento pós-operatório, observou-se uma melhora significativa da campimetria no olho direito sem complicações oftalmológicas.

Discussão: A displasia fibrosa é uma doença pouco comum, congênita, benigna, caracterizada por defeito de modelagem óssea, causada por mutações do gene GNAS1. Cerca de 70% dos casos se manifestam na primeira década de vida, com crescimento lento e inicialmente assintomático. Os sinais e sintomas se relacionam ao seu desenvolvimento, sendo comuns as deformidades crânio-faciais, proptose e outras complicações oculares como ceratite, diplopia, epífora, e perda do campo visual.

Comentários finais: Apesar de seu comportamento benigno, sua localização pode invadir e comprimir estruturas nobres da base do crânio e da órbita. A grande Discussão sobre essa patologia fica a cerca de sua abordagem, já que seu índice de malignidade é menor que 1% e sua tendência à estabilização após a puberdade já é conhecida. Portanto, na grande maioria dos casos em que não há comprometimento de estruturas vitais a conduta observacional é mandatória, salvo os casos de grandes deformidades estéticas. Entretanto, na presença de sintomas clínicos por sua característica localmente agressiva, podendo apresentar consequências graves ao paciente, fica indicado uma abordagem cirúrgica quando muito bem planejada.

Palavras-chave: displasia fibrosa monostótica; nervo óptico; cirurgia endonasal.

TCP11164 ESFENOIDITE EM SEPTO PNEUMATIZADO INTERESFENOIDAL: UM RELATO DE CASO.

Autor principal: FELIPE OTANI

Coautores: ANDRÉ W. D. FELIPPU, MARIA PAULA N. A. DE SOUSA, JOSÉ MARQUEZI NETO, RIMA MOHAMAD ABOU ARABI, VANESSA N. MOURÃO

Instituição: Instituto Felippu de Otorrinolaringologia

Apresentação do caso: Paciente masculino, 21 anos, comparece à primeira consulta com encaminhamento de neurologista queixando-se de cefaleia há 90 dias refratária a medicação venosa em hospital da cidade de origem. À época, realizou TC de seios da face, RNM de encéfalo e doppler, todos dentro dos padrões de normalidade segundo os laudos. O exame físico do paciente apresentava-se dentro da normalidade. Realizou teste terapêutico, não apresentando melhora, sendo estudada a possibilidade de origem psiquiátrica.

2 meses após retorna com nova TC de seios da face, com laudo referindo célula esfenoidal esquerda parcialmente preenchida por secreção, pequeno pólip/cisto de retenção em seio maxilar esquerdo e obliteração do recesso esfenoidal esquerdo.

Mais tardar, nova avaliação das imagens tomográficas evidenciaram pneumatização do septo interesfenoidal contendo material hiperdenso em seu sítio.

Optou-se pelo tratamento cirúrgico com sinusotomia esfenoidal pela técnica endoscópica endonasal centrípeta.

No intra operatório foi visualizada secreção mucopurulenta em pneumatização de septo interesfenoidal.

Em acompanhamento pós operatório referiu melhora completa da cefaleia frontal. Ferida operatória apresentou boa evolução do processo de cicatrização.

Discussão: A rinossinusite é uma doença extremamente prevalente, atingindo milhões de pessoas em todo mundo. É definida como uma inflamação sintomática da mucosa do nariz e das cavidades paranasais. A classificação mais utilizada é baseada no tempo dos sintomas. É chamada de rinossinusite aguda quando os sintomas duram menos de 12 semanas e crônica quando duram mais de 12 semanas. No caso do diagnóstico de RSC, se baseia na anamnese, associada a achados endoscópicos e/ou tomográficos. Os sintomas e sinais clínicos predominantes são: a obstrução e congestão nasal, a presença de rinorreia anterior e/ou posterior, geralmente de aspecto mucopurulento, pressão ou dor facial ou cefaleia, e redução ou perda de olfato. Eles podem ter predominância e intensidade variável em cada paciente, mas no geral o comprometimento de qualidade de vida é importante. Como tratamento, o impacto da cirurgia endoscópica dos seios paranasais nos sintomas rinossinusais e na qualidade de vida demonstrou, com nível II de evidência, a efetividade da cirurgia endoscópica em ambos os parâmetros em pacientes adultos com RSC.

Comentários finais: A rinossinusite é uma doença extremamente prevalente, atingindo milhões de pessoas em todo mundo, tem como sintoma prevalente a pressão/dor facial ou cefaleia. É chamada de rinossinusite crônica quando dura mais de 12 semanas e tem como um de seus tratamentos eficazes nível II de evidência a cirurgia endoscópica dos seios paranasais. As alterações anatômicas dos seios paranasais, neste caso do seio esfenoidal, podem dificultar ou atrasar o diagnóstico tomográfico da RSC.

Palavras-chave: esfenoidite; seio esfenoidal; cirurgia endonasal.

TCP11165 RECONSTRUÇÃO DA BASE ANTERIOR DO CRÂNIO APÓS FERIMENTO POR ARMA DE FOGO: RELATO DE CASO

Autor principal: LILIANE VANZETTO

Coautores: LAÍS BURATO, YASMIM BRUSTOLIN LOBO RODRIGUES, HENRIQUE CANDEU PATRÍCIO

Instituição: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Apresentação: Paciente G. T. O., 18 anos, masculino, usuário de drogas, encaminhado ao pronto socorro de um hospital de alta complexidade na cidade de Criciúma, Santa Catarina após tentativa de suicídio com arma de fogo em 20/08/2020. O ponto de entrada do projétil foi na linha média, região frontal, transfixado a base anterior do crânio e orofaringe, alojando-se paravertebral em coluna cervical.

Da entrada em hospital com intubação orotraqueal IOT e sedação, esboçando apenas abertura ocular, com monoplegia de MSE. Realizada TC de crânio que denota fratura de frontal com pneumoencéfalo, pequenas contusões bifrontais, hemorragia intraventricular. Paciente foi operado pela equipe de neurocirurgia 10 dias após para correção do afundamento da base do crânio, por craniotomia. Dia 03/09/2020 ainda com fístula líquórica, foi submetido à cirurgia de reconstrução da base do crânio via endoscópica endonasal realizada em conjunto por otorrinolaringologista e neurocirurgia. O conteúdo cerebral invadia a cavidade nasal bilateralmente com muitos fragmentos ósseos. Foi realizado ampla exposição da base anterior do crânio desde região frontal, com remoção da crista galli, até o plano esfenoidal e utilizado retalho septal associado a enxerto livre de corneto inferior para fechamento do defeito. Paciente evoluiu bem, com alta hospitalar após aproximadamente 30 dias de internação, sem qualquer sequela aparente. No segmento de 2 anos somente anosmia sem outros sintomas ou sinais de déficit neurológico. Sem restrição ao trabalho, empregado e casado. Ao exame físico apresenta cicatriz em pele na região frontal e endoscopicamente bom aspecto pós-operatório, com mucosa muito bem aderida a base do crânio sem crostas.

Discussão: A Abordagem Endoscópica Endonasal (EEA) permite melhor precisão das estruturas nasais, seios da face e estruturas da base de crânio. Trouxe muitos avanços nas abordagens cirúrgicas das lesões da base do crânio muitas vezes evitando acessos externos por craniotomia. No presente estudo de caso, foi realizado uma reconstrução de estruturas da base do crânio pela técnica centrípeta.

Uma das principais indicações para a EEA após trauma que envolve a base do crânio tem sido a incidência e morbidade associada à fístula líquórica, onde a EEA tem se mostrado importante recurso para o tratamento.

Além disso, a utilização de mucosa nasal para fechamento da falha na base do crânio seja por retalho ou enxerto, tem se mostrado eficaz dando mais valor a EEA. Porém reparo de defeitos endoscópicos da base do crânio e fístula líquórica em geral podem incluir enxertos sintéticos e autólogos de substituição dural, autoenxertos livres, retalhos vascularizados locais e distais e até mesmo transferência de tecido livre. No caso em questão foi utilizado somente mucosa nasal em forma de retalho septal e enxerto livre de corneto inferior e também utilizado cola biológica para fixação da mucosa.

Comentários finais: O trabalho em conjunto entre otorrinolaringologistas e neurocirurgiões é essencial para o adequado tratamento de lesões e defeitos extensos da base do crânio como encontrado no caso descrito.

Palavras-chave: base de crânio; abordagem endoscópica endonasal; técnica centrípeta.

TCP11166 UM RARO CASO DE CISTO NASOLABIAL BILATERAL E A IMPORTÂNCIA DE SUA EXCIÇÃO COMPLETA

Autor principal: LUMA MOREIRA DA COSTA

Coautores: LETICIA DE MORY VOLPINI, ANA CAROLINA PIRES DE MELLO AZEVEDO, FABIOLLA MARIA MARTINS COSTA, MIGUEL SOARES TEPEDINO, PEDRO MINO VIANNA, ANDRÉA TEIXEIRA DE ALMEIDA, RODRIGO ARAGAO TORRES

Instituição: Universidade do Estado do Rio de Janeiro

M.A.P, sexo feminino, 56 anos, DM, vem ao ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital Pedro Ernesto para consulta de primeira vez, referindo quadro de obstrução nasal bilateral, pior à direita, associada a abaulamento de sulco nasolabial bilateralmente, com crescimento progressivo ao longo de 2 anos. Nega dor em face e sintomas alérgicos. Nega hiposmia ou outras alterações do olfato.

Realizou endoscopia nasal que demonstrou a presença de lesão cística bilateral em assoalho nasal, desvio de septo para direita em área II, que encosta em lesão em fossa nasal direita, cornetos inferiores e médios normotróficos e cavum livre. Solicitada tomografia de seios paranasais que evidenciou lesão cística ovalada hiperdensa, com nível líquido no interior, localizada profundamente na porção inferior do sulco nasolabial direito. À esquerda, visualizada lesão cística semelhante, hipodensa, também localizada em porção inferior do sulco nasolabial esquerdo. Levantada hipótese diagnóstica de cisto nasolabial bilateral.

O tratamento proposto foi realização de excisão cirúrgica completa de ambos os cistos com incisão sublabial bilateralmente. Procedimento realizado sem intercorrências, com paciente apresentando boa evolução no pós-operatório, sem complicações.

Discussão: O cisto nasolabial é uma afecção rara com origem controversa. Atualmente existem duas teorias principais que justificam seu crescimento. A primeira sugere que o cisto é um remanescente epitelial do ducto nasolacrimal, surgindo entre as proeminências nasais laterais e maxilares. A segunda sugere seu aparecimento após a fusão das proeminências nasais mediais e laterais às proeminências maxilares, formando um cisto de inclusão derivado de células ectodérmicas. Acometem cerca de 1,6 a cada 100.000 pessoas por ano, sendo mais comum no sexo feminino (4: 1), entre a quarta e quinta década de vida. Alguns autores sugerem serem mais comuns na raça negra. Em 90% dos casos são unilaterais, o que torna o caso acima ainda mais raro.

Muitos casos apresentam-se de maneira assintomática, em função do crescimento lento e indolor do cisto. Os sinais e sintomas mais comuns incluem: obstrução nasal, dor local, edema e deformidade facial. Em função de sua localização muito próxima com a cavidade oral e nasal, os podem ocorrer infecções de repetição, com piora do edema local. O diagnóstico é feito clinicamente, sendo confirmado pela análise histopatológica. O tipo histológico mais comum é o epitélio colunar pseudoestratificado.

O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica completa do cisto. A incisão mais utilizada é a sublabial. Também existem outras opções de tratamento, como a cauterização e a punção do cisto com agulha fina. Essas alternativas, entretanto, apresentam alta taxa de recorrência da doença e não previnem infecções subsequentes.

Comentários finais: O cisto nasolabial é uma doença rara, que afeta a qualidade de vida dos pacientes por impactar na respiração nasal e comprometer a estética facial. O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso raro de cisto nasolabial bilateral, assim como frisar a importância da enucleação cística completa, visando evitar as infecções de repetição e recidivas.

Palavras-chave: cisto nasolabial, rinologia, bucofaringologia.

TCP11167 RELATO DE CASO: SÍNDROME DE YOUNG

Autor principal: UESLEI MOSSOI TRIBINO

Coautores: RENATA SCHUH, BIBIANA CALLEGARO FORTES, LUIZ EDUARDO DAMEDA, NATHÁLIA GRASSI RIGATTI, PEDRO OMAR ALEBRAND PASQUALOTTO, ANTONELLA IRENE BELLEZZA

Instituição: Universidade Federal da Fronteira Sul

Apresentação do caso: Paciente masculino, 49 anos, compareceu ao ambulatório de otorrinolaringologia do Hospital São Vicente de Paulo em Passo Fundo, encaminhado da equipe de pneumologia com queixas otorrinolaringológicas de obstrução nasal e otorreia bilateral. Em relação a sintomatologia nasal refere obstrução nasal associado a rinorreia purulenta e gotejamento posterior. Desde a infância apresenta quadros de sinusite e pneumonia de repetição. Realizou pneumectomia lobar à direita por um quadro de pneumonia no ano de 2018. Quando questionado sobre a prole refere que não possuía filhos. Faz uso contínuo de azitromicina, brometo de ipatrópio, bromidrato de fenoterol e budesonida spray nasal. Para investigação do caso clínico foram solicitados tomografia computadorizada (TC) de seios da face, TC de ossos temporais, audiometria e espermograma. A TC de seios da face mostrou acúmulo de secreção em todos os seios da face e espessamento periosteal nos seios maxilares e esfenóide sugerindo sinusopatia inflamatória crônica. A TC de ossos temporais apresentou sinais de otomastoidopatia inflamatória crônica bilateralmente, mais acentuada a esquerda. Audiometria com perda auditiva mista bilateral, de grau moderado, configuração descendente leve bilateral. Espermograma com odor característico, viscosidade aumentada, coagulação inicial presente e liquefação incompleta, além de ausência de espermatozoides. Sem alterações laboratoriais. Paciente foi diagnosticado como síndrome de Young devido a apresenta clínica e submetido a cirurgia endoscópica nasal para abertura dos óstios dos seios da face.

Discussão: A Síndrome de Young possui uma etiologia ainda desconhecida, sendo determinada presença de bronquiectasia, rinosinusite crônica e azoospermia obstrutiva sem evidência fibrocística, em que os eletrólitos no suor, imunoglobulinas séricas, níveis de α -1-antitripsina, hormônio folículo-estimulante (FSH) e testosterona (T) estão normais. Há depuração mucociliar diminuída, sugerindo um defeito funcional dos cílios respiratórios associado ou não a anormalidade da reologia do muco, além de irregularidade dos flagelos espermáticos, em que as caudas do espermatozóide possuem menos microtúbulos de pares centrais, raios radiais e braços internos de dineína e seus cílios, também, com menos braços internos dessa proteína motora do que os indivíduos normais. O número de casos com esse diagnóstico tem diminuído, tornando-se quase inexistente, destaca-se que alguns especialistas sugerem que a exposição ao mercúrio na infância pode ter sido a causa em homens nascidos antes de 1955 e que alguns casos atribuídos à Síndrome de Young sejam, na verdade, casos de discinesia ciliar primária (DCP). Por isso, é imprescindível descartar outras possíveis causas como fibrose cística e DCP por meio de exames complementares de imagem, histológico e citológico. Destaca-se que é incurável, sendo o tratamento relacionado a prevenção de recorrência de infecções respiratórias e controle dos sintomas.

Comentários finais: Se trata de uma enfermidade rara e ainda pouco estudada. Apesar de não haver dados na literatura que demonstrem de forma fidedigna a prevalência em alguma população, é sabido que houve um acentuado declínio da enfermidade após os anos sessenta, coincidindo com o período em que houve a retirada de cloreto de mercúrio de produtos utilizados pela população, o que pode sugerir que a principal etiologia desta síndrome seja a intoxicação por mercúrio. A escassez de informações e de certeza quanto a essa etiologia, torna o diagnóstico e o tratamento da enfermidade difícil, comprometendo diretamente a qualidade de vida e a morbimortalidade dos pacientes. É notório e de suma importância a necessidade de novos e mais amplos estudos para o esclarecimento da Síndrome de Young no que diz respeito a sua identificação e seu tratamento, visto que até o presente momento não há diretrizes ou critérios diagnósticos disponíveis, assim como não há conhecimento de um tratamento adequado e específico para tal patologia.

Palavras-chave: síndrome de Young; azoospermia; rinosinusite.

TCP11168 PARACOCCIDIOIDOMICOSE COMO APRESENTAÇÃO DE LESÃO ÚNICA EM MUCOSA DE SEPTO NASAL

Autor principal: LUIZ FELIPE ROECKER CECCON

Coautores: MATHEUS DO NASCIMENTO JAMUR, CRISTIANO ROBERTO NAKAGAWA, FLÁVIA EMILLY RODRIGUES DA SILVA, HENRIQUE GONÇALVES DUCHINI, CAMILA SCHREIBER BORTOLAZZA, MARIANA CAROLINA CUNHA MACHOSKI

Instituição: Santa Casa de Misericórdia de Curitiba

Apresentação do caso: Paciente masculino, 64 anos, encaminhado a serviço ambulatorial de Otorrinolaringologia de hospital terciário com obstrução completa de fossa nasal esquerda de evolução progressiva há 1 ano. À rinoscopia foi possível visualizar uma massa de característica esbranquiçada, com pontos de teleangiectasias ocupando toda fossa nasal esquerda e região de vestibulo nasal ipsilateral, não foram visualizadas lesões em oroscopia. Em nasofibrolaringoscopia não foram observadas lesões em região laríngea. A tomografia mostrou massa à esquerda em região de septo nasal desviando septo nasal para direita com cavidades paranasais e complexos óstio meatais livres. Realizado biópsia incisional de massa com análise patológica evidenciando mucosa escamosa ulcerada com intenso infiltrado, presença de processo inflamatório crônico linfocitário, hiperplasia escamosa de aspecto reacional com ausência de processo granulomatoso ou malignidade em amostra.

Realizado biópsia excisional da lesão com retirada de mucosa e muco pericôndrio de região septal anterior de fossa nasal esquerda, com preservação da cartilagem septal. Em exame microscópico observado processo inflamatório granulomatoso focal associado a acentuado processo inflamatório crônico e agudo com coloração positiva na solução metenamina-prata de Grocott, podendo corresponder com infecção por Paracoccidioides sp.

Realizado tratamento com Itraconazol em conjunto com equipe de infectologia por 90 dias, durante o período foi realizado acompanhamento e tratamento com pomada bacitracina e neomicina para exposição septal. Paciente evoluiu, após 3 meses, sem perfuração septal e com reepitelização da mucosa recobrando região.

Discussão: A paracoccidioidomicose é uma doença causada por um fungo dimorfo, Paracoccidioides brasiliensis, e que acomete principalmente homens e habitantes de zona rural. Estes se contaminam quando jovens e manifestam lesões e sintomas em torno de 30 e 50 anos. O alcoolismo e o tabagismo são fatores de risco cientificamente bem estabelecidos. Existem duas apresentações típicas da doença: juvenil (aguda) e adulta (crônica). A primeira acomete o sistema reticuloendotelial e a segunda, forma mais comum, atinge tipicamente o pulmão, assim como mucosas e pele. Estas lesões quando visualizadas se mostram como ulcerações hiperemiadas de fundo granuloso com pontos hemorrágicos - conhecida como estomatite moriforme. O diagnóstico é firmado ao se analisar a estrutura do fungo através de exames de histopatologia ou citologia.

Mesmo que haja um consenso de que o local mais comum para se encontrar lesões seja o pulmão, o caso apresentado mostrou uma lesão única séssil em septo nasal sem acometimento pulmonar concomitante. Nenhum outro sítio de lesões foi localizado. Após exérese cirúrgica, a amostra foi enviada para análise para confirmar o diagnóstico e descartar diagnósticos diferenciais comuns nestes casos, como carcinoma espinocelular e outras doenças granulomatosas. O resultado do histopatológico afastou qualquer lesão maligna que pudesse estar afetando o paciente e confirmou a presença de processo inflamatório granulomatoso com coloração da GROCOTT positiva. Logo, não foi necessário nenhum outro método indireto para complementação. A partir do diagnóstico, o paciente foi encaminhado para acompanhamento multidisciplinar com médico infectologista e este optou por iniciar terapia com o antifúngico Itraconazol 200 mg/dia. Outras opções de tratamento para o caso seriam: Sulfametoxazol + trimetoprim (800/160 mg de 12/12 horas), Voriconazol (6 mg/kg por 2 doses, seguido de 4 mg/kg 12/12 horas), Posaconazol (300 mg de 12/12 horas).

Comentários finais: Na avaliação de doenças granulomatosas é necessário a investigação completa na tentativa de excluir diagnósticos diferenciais. O tratamento deve ser instituído o mais rápido possível para evitar complicações graves comprometendo a estrutura nasal. Neste caso relatado, uma lesão única em septo nasal com característica de estomatite moriforme foi crucial para diagnóstico de paracoccidioidomicose, apesar da ausência de lesões orais ou pulmonares.

Palavras-chave: paracoccidioidomicose; rinologia; septo.

TCP11169 CISTO DENTÍGERO GIGANTE: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Autor principal: MILENA REGO MENEZES MARQUES

Coautores: LAISE ARAUJO AIRES DOS SANTOS, PABLO PINILLOS MARAMBAIA, OTAVIO MARAMBAIA SANTOS, DANILO FRANCISCO DOS SANTOS DE LEMOS, BRUNO TOURINHO ARGOLO ARAUJO

Instituição: INOOA

Relato De Caso: AGP, paciente do sexo masculino, 48 anos, atendido em clínica otorrinolaringológica com queixa de zumbido a esquerda sem outros sintomas associados. Ao exame físico, otoscopia e rinoscopia sem alterações significativas. Ao exame intraoral, foi observado um abaulamento em rebordo gengival vestibular superior a direita e desalinhamento dentário. Foram realizados exames audiológicos que foram normais e, solicitada a Ressonância Magnética de Condutos Auditivos Internos. Nesse exame os condutos auditivos estavam normais, porém uma imagem foi vista ocupando e deformando o seio maxilar. Solicitada tomografia computadorizada em cortes coronais e axiais, a qual foi identificado lesão relativamente hiperdensa ocupando todo o seio maxilar direito associado à unidade dentária deslocada. Imagem sugestiva de cisto dentígero de grande dimensão, gigante. A radiografia panorâmica evidenciou ainda a presença de um dente supranumerário.

Realizada a marsupialização, enucleação, curetagem e remoção da unidade dentária sob anestesia geral em dois tempos cirúrgicos, por meio do acesso de Caldwell-Luc, e realizada contra-abertura nasal direita e irrigação do seio maxilar com soro fisiológico. Encaminhado material para análise anatomopatológica confirmando a suspeita.

Discussão: O cisto dentígero é o segundo cisto odontogênico mais frequente nos seios maxilares, sendo formado a partir de restos epiteliais associados a odontogênese. Na maioria das vezes possui Apresentação única. É o mais agressivo dos cistos odontogênicos, podendo cursar com abaulamento das corticais ósseas, se em grande volume. Pode envolver dentes permanentes impactados e não irrompidos e até dentes supranumerários.

É descoberto, geralmente, ao acaso, em exames de imagem com outra finalidade, como ocorreu com o paciente em questão. Seu diagnóstico clínico é difícil, devido ao seu crescimento lento e quadros, quando em menor tamanho, usualmente assintomáticos. Dependendo da sua extensão, podem cursar com fístula oroantral e rinossinusite crônica. Ao atingir dimensões consideráveis, no entanto, podem ocasionar até deformação facial, além de danos dentais e às estruturas anatômicas adjacentes como a cavidade nasal e seio maxilar. De forma mais rara, a transformação neoplásica.

O tratamento desse tipo de lesão depende do tamanho do cisto. Quando pequeno, a enucleação, ou seja, processo pelo qual a lesão cística é inteiramente removida; quando de grandes dimensões, é necessária a marsupialização.

O caso apresentado demonstrou uma Apresentação atípica, fora do quadro clínico esperado dada as grandes dimensões da lesão, visto que, usualmente lesões maiores tem uma tendência a apresentar sintomas e manifestações.

Considerações Finais: O cisto dentígero é o segundo cisto odontogênico mais frequente nos seios maxilares e, por isso, é de suma importância ao otorrinolaringologista, estar atento e saber identificar ou levantar a suspeita de cisto odontogênico quando se deparar com achados ocasionais em exames de imagem, para realizar o seu diagnóstico, indicar o tratamento mais adequado e, encaminhar, quando necessário, para evitar maiores prejuízos provocados por essa lesão.

Palavras-chave: cisto odontogenico; cisto dentigero; gigante; seio maxilar.

TCP11170 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE RINOLITO EM ADULTO: RELATO DE CASO

Autor principal: ESTEFANI MOLINAR

Coautores: THAISA CONSORTE DOMINGUES, MARINA DANTAS CARDOSO DE MEDEIROS, TAIANE SILVA PAIXAO, LARISSA ELISA MARIN, MARÍLIA ROCHA KINTSCHEV, MARCELA DIAS DE OLIVEIRA LIMA

Instituição: Hospital Regional de Presidente Prudente

Apresentação do caso: Paciente, sexo feminino, 47 anos. Encaminhada para o serviço de Otorrinolaringologia de Presidente Prudente por queixas de cacosmia e rinorreia fétida a esquerda desde a infância. Negava obstrução nasal, coriza, algia ou demais sintomas associados. Relatava história de introdução de corpo estranho nasal (borracha escolar) em fossa nasal esquerda quando criança, sem remoção efetiva na época. Submetida diversas vezes a tratamentos clínicos, sem sucesso. À rinoscopia anterior visualizava-se crosta esverdeada de odor fétido em região posterior de narina esquerda, e na tomografia computadorizada de seios da face observava-se conteúdo calcificado medindo cerca de 2,2 x 1,7 x 1,3 cm já com erosão óssea em palato duro adjacente. Submetida então a procedimento cirúrgico sob anestesia geral para remoção do corpo estranho e enviado material ao anatomopatológico, onde se identificou fragmentos irregulares de tecido ósseo, de consistência dura, com aspecto vegetante, de superfície granulosa e de coloração castanha clara, compatível com rinolito.

Discussão: Corpos estranhos inertes tem a capacidade de permanecerem por anos na cavidade nasal, sem manifestar alterações na mucosa ou quaisquer sintomas. Porém, quando incrustado parcial ou completamente por tecido de granulação e envolvido por fosfato de magnésio, cálcio e carbonato transformam-se em rinolito. Esta afecção geralmente é unilateral, de superfície irregular, coloração cinza ou negra, conferindo-lhe um aspecto coraliforme. O quadro clínico baseia-se em obstrução nasal, rinorréia purulenta, fétida, unilateral e crônica, sendo mais observado em crianças e adolescentes com história prévia sugestiva. O diagnóstico é realizado pela rinoscopia anterior, com auxílio da videoendoscopia nasal e muitas vezes necessitando de exame tomográfico para elucidação diferencial.

Comentários finais: Apesar de muitas vezes permanecerem assintomáticos, os rinolitos podem manifestar-se a partir de suas complicações, tais como sinéquias nasais, perfurações septais, vestibulite, ulcerações da mucosa nasal, osteomielite dos ossos nasais, rinossinusites de repetição. Ademais, sempre que aventada a hipótese diagnóstica de rinolito deve-se descartar outras afecções potencialmente mais graves como carcinoma, condrossarcoma, osteossarcoma, osteoma, granuloma, sequestro de osteomielite e lesões fúngicas. O tratamento consiste na remoção da lesão, ambulatorial ou cirurgicamente. A exérese sob anestesia geral é reservada para rinolitos extensos ou quando necessária a correção de complicações, caso já existam.

Palavras-chave: rinolito; rinorreia purulenta; corpo estranho nasal.

TCP11171 TRATAMENTO DE RINOFIMA COM USO DE BISTURI FRIO ASSOCIADO A ELETROCAUTÉRIO: UM RELATO DE CASO

Autor principal: ISABELA HOHLENWERGER SCHETTINI

Coautores: CATARINA SOARES BARTASEVICIUS, DIANA KEUN SOO KIM, MARIANA MOTA KERTZMAN, DANIELA COSTA MALHEIROS, VINÍCIUS HENRIQUE DA SILVA FERREIRA

Instituição: Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Caso: Masculino, 68anos, refere lesão de crescimento progressivo em dorso nasal há 4anos e obstrução nasal há 2anos. Ao exame físico, visualizava-se massa bilobulada, de superfície irregular, deformando dorso, ponta e asas nasais em sua totalidade. À rinoscopia, colabamento de região de válvulas nasais. Rinofima foi a primeira hipótese diagnóstica. Avaliação de equipe dermatologica diagnosticou associação com rosácea. Realizada exérese de lesão sob anestesia geral, uso de bisturi lâmina15 e eletrocautério. Anatomopatológico confirmou hipótese de rinofima e afastou neoplasia. Paciente permaneceu com área cruenta, e na primeira semana de pós-operatório realizou curativo com fibra celulósica, manteve uso de pomada com corticoide e antibiótico por 1mês. Paciente segue em acompanhamento dermatológico, em programação de início de laserterapia com luz intensa pulsada para controle de rosácea.

Discussão: Rinofima é uma doença cutânea, caracterizada pela hipertrofia de glândulas sebáceas associada a proliferação de vasos sanguíneos e tecido conectivo. Mais comum em homens (15-30x) na 5ª–7ª década de vida, é considerada o estágio final de rosácea sem tratamento adequado, acometendo 3,7% dos casos. É mais comum na região nasal (2/3), acometendo também o mento (gnatofima), fronte (metofima) e orelha (otofima). A rinofima é uma massa de superfície irregular, vascularização cutânea aumentada e poros expandidos, pode apresentar saída de secreção serosa a expressão e sangramento caso trauma local. Sem sinal de infiltração, acometimento nervoso ou angiolinfático. A queixa estética é a causa principal de procura de auxílio médico. Pode estar associada a obstrução nasal devido a compressão extrínseca. Deve-se afastar malignidade em estudo anatomopatológico. Sinais como: ulceração, dor e infecção secundária podem sugerir malignização. Realizar seguimento em conjunto com equipe de dermatologia é essencial para manejo da rosácea. O tratamento cirúrgico (rinofimoplastia) pode ser realizado das seguintes formas: exérese a frio, lâminas aquecidas, eletrocautério, derma-abrasão e laser (CO2 e YAG). Excisão completa da lesão reduz o risco de recorrência, entretanto, deve-se preservar a metade da espessura cutânea, para regeneração adequada da pele e evitar retração cutânea. Ressalta-se a importância de diferenciar, no intra-operatório, o limite entre a rinofima e o tecido cutâneo saudável, a fim de preservar este último. Ao fim da cirurgia, atentar-se ao refinamento dos contornos nasais. Cada técnica apresenta sua vantagem e desvantagem, não havendo um padrão ouro para tal. O uso de flaps ou grafts cutâneos para cobrir a área cruenta não provaram melhora do aspecto estético. O uso de elterocautério é amplamente utilizado devido a sua rapidez, disponibilidade, eficiência, curta curva de aprendizagem e baixo custo. É mantida uma área cruenta que deve receber cuidados locais, sem evidências sobre a melhor maneira de fazê-lo: variando entre uso de pomada hidratante com corticoide, cola de fibrina, colágeno e curativo com fibra celulósica. Comumente, antibioticoprofilaxia para germe cutâneo é recomendada. A recorrência parece estar relacionada com a quantidade de tecido doente remanescente, entretanto, sempre de forma mais branda quando comparado ao momento pré-cirúrgico.

Comentários finais: Rinofima é uma doença benigna que acomete a região nasal secundário a casos avançados de rosácea. Devido a queixa estética do paciente, deve ser removida cirurgicamente e atualmente, existem diversas formas de realizar o procedimento. Não há padrão ouro para tal. Deve-se atentar-se sempre em excluir malignidade, enviar a peça para análise histopatológica e manter acompanhamento dermatológico para controle da rosácea. Foi apresentado um caso com seguimento estético e funcional satisfatório de um paciente que foi submetido a uma rinofimoplastia a frio associada ao uso de eletrocautério que mantém acompanhamento com equipe de dermatologia.

Palavras-chave: rinofima; rinofimoplastia; rosacea.

TCP11172 ABORDAGEM CIRÚRGICA DE CORDOMA DE CLIVUS**Autor principal:** ANDERSON SANTOS DOS ANJOS**Coautores:** ISADORA ROLLEMBERG CALDAS MENEZES, RODRIGO DA SILVA SANTOS, JESSICA ABREU DOS SANTOS**Instituição:** Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe

Apresentação do caso: A.R.S.M, sexo masculino, 21 anos, apresentou quadro de diplopia esquerda associada a hipersensibilidade a luz há 3 dias. Negava comorbidades, alergias e cirurgias prévias. Referiu histórico médico de encefalite aos 12 anos de idade após varicela, sem sequelas.

Avaliação oftalmológica: acuidade visual 20/20 no olho direito e 20/40 no olho esquerdo, defeito pupilar aferente relativo leve em olho esquerdo, dor à movimentação ocular com hipótese diagnóstica de neurite retrobulbar no olho esquerdo. Encaminhado para avaliação neurológica e realização de ressonância magnética.

Ressonância magnética de crânio: lesão expansiva sólida lobulada com acentuado realce pelo meio de contraste, (5,6 cm x 4,0 cm x 5,8cm) em projeção de fossas nasais, erodindo septo nasal, das conchas nasais superiores e médias, células do osso etmóide. Extensões locorregionais: a) Superior: fossa craniana anterior, onde comprime as regiões basais dos lobos frontais bilateralmente e os tratos olfatórios; b) Posterior: seio esfenoidal e o clivus, tendo íntimo contato com a glândula hipófise; c) Lateralmente à esquerda, abaula a parede medial da órbita esquerda e comprime os músculos reto medial e oblíquo superior esquerdos, e o nervo óptico esquerdo; d) Lateralmente à direita, abaula parede medial da órbita direita, com erosão óssea local, e proximidade com o nervo óptico direito; e) Inferiormente, oblitera a rinofaringe.

Realizada biópsia por via endoscópica, com laudo anatomopatológico sugestivo de cordoma.

Realizada cirurgia para ressecção tumoral com uso de neuronavegação. Foi realizada exérese de lesão tumoral através de fossa nasal esquerda, com ressecção anteroposterior até região do clivus esquerdo, com esvaziamento de região do plano esfenoidal.

Paciente evoluiu sem complicações neurológicas. A imuno-histoquímica confirmou a hipótese diagnóstica de cordoma de clivus, sendo o paciente encaminhado para tratamento oncológico complementar com radioterapia. Em tempo, paciente sem déficit visual, realizou ressonância de controle, a qual não evidenciou sinais sugestivos de recidiva tumoral.

Discussão: Cordomas são neoplasias disontogênicas que surgem de remanescentes embrionários da notocorda acometendo a base de crânio em 35% dos casos. É um tumor de crescimento lento, que gera erosão local e comprometimento neural e vascular de estruturas adjacentes.

Apresenta como principais sintomas: paralisias progressivas dos nervos cranianos, cefaleia fronto-orbital, visão reduzida e diplopia.

O diagnóstico é baseado no exame clínico associado aos exames de imagem e análise imuno-histoquímica. Apresenta como diagnósticos diferenciais: condrossarcomas, lipomas, tumores dermóides, teratomas e papilomas do plexo coróide.

O tratamento é cirúrgico, visando exérese completa da lesão e complementado por radioterapia com partículas de prótons. O papel da quimioterapia no tratamento do cordoma ainda é incerto.

Comentários finais: O manejo do cordoma da base do crânio é difícil devido às estruturas anatômicas vitais adjacentes e o acesso cirúrgico difícil. Uma ressecção cirúrgica total é considerada um grande desafio ao cirurgião.

A abordagem nasoendoscópica fornece uma abordagem mais rápida e um acesso direto ao clivus. O uso da neuronavegação possibilita a localização anatômica exata, tornando o procedimento mais seguro.

Palavras-chave: cordoma; clivus; cirurgia endoscópica.

TCP11173 ESTESIONEUROBLASTOMA COM METÁSTASE CERVICAL: RELATO DE CASO

Autor principal: THIAGO DE SOUZA SANTOS

Coautores: RAQUEL ALMEIDA DE CAMPOS, NEY SALDANHA NOGUEIRA DA GAMA JR., PEDRO RICARDO BARREIRA MILET CALDAS PEREIRA, CARMEN ZAMPIROLE BRANDÃO, BETHINA SILVA BARRETO, LUCAS MENDES SOARES, PAULA MOREIRA NAVARRO ROCHA

Instituição: *Hospital Federal Servidores do Estado*

Objetivos: Descrever o quadro clínico, diagnóstico, tratamento e desfecho de uma paciente portadora de esteseoneuroblastoma com metástase cervical.

Métodos: Trata-se de um relato de caso sobre esteseoneuroblastoma com metástase cervical.

Resultados: Paciente sexo feminino, 20 anos, estudante, sem comorbidades, encaminhada ao nosso serviço com história de dor facial inespecífica, secreção nasal purulenta, anosmia. Paciente apresenta obstrução nasal unilateral à direita, refratária ao tratamento clínico após vários esquemas de antibióticos, com 6 meses de evolução, associado a uma massa cervical à direita fixa no nível 2. Na endoscopia nasal apresentava lesão polipóide com provável origem de meato superior de fossa nasal direita. Paciente realizou, primeiramente, tomografia computadorizada de seios da face, complementada com ressonância magnética, que evidenciaram uma tumoração com origem sugestiva no neuroepitélio olfatório associado à sinusite secundária de todos os seios da face do lado direito. Paciente submetida à cirurgia endoscópica nasal com biópsia excisional associada ao esvaziamento cervical, com laudo histopatológico sugestivo de esteseoneuroblastoma com metástase cervical. Posteriormente, à confirmação do caso por meio da imuno-histoquímica, paciente foi submetida a tratamento adjuvante com radioterapia, resultando em remissão total da doença.

Discussão: O esteseoneuroblastoma é uma neoplasia rara que atinge o neuroepitélio olfativo, frequentemente invadindo os seios paranasais, a base do crânio e a região orbitária. Essa neoplasia distribui-se de forma bimodal para a idade, principalmente dos 11 aos 20 anos e dos 51 aos 60 anos, sem influência do sexo e raça do indivíduo. Apresenta metástase em 10 a 30% dos casos, sendo comumente para os linfonodos cervicais. Os exames radiológicos mais comumente utilizados são a tomografia computadorizada, que possibilita avaliar o envolvimento ósseo, sendo complementada com a ressonância magnética, determinando a extensão exata do tumor. Além desses, outro método utilizado para a conclusão do diagnóstico é a utilização de exames imuno-histoquímicos e histológicos, atuando no diagnóstico diferencial.

Conclusão: Portanto, o esteseoneuroblastoma mostra-se como uma neoplasia rara, que apresenta sintomas inespecíficos, muitas vezes comuns a outras patologias da cavidade nasal.

Nesse sentido, trata-se de uma patologia que, geralmente, apresenta diagnóstico tardio. No caso apresentado foi possível obter um bom resultado cirúrgico com radioterapia adjuvante levando à remissão total da doença.

Palavras-chave: esteseoneuroblastoma; metástase cervical.

TCP11174 UMA RARA APRESENTAÇÃO DO PAPILOMA INVERTIDO NASOSSINUSAL EM ADULTO JOVEM

Autor principal: RAQUEL CUSTÓDIO SOUZA

Coautores: MARCOS RABELO DE FREITAS, VIVIANE CARVALHO DA SILVA, ANDRE ALENCAR ARARIPE NUNES, DENISE ALICE DE SOUSA ARAUJO, MARIA MIRELLE FERREIRA LEITE BARBOSA, EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA, TINO MIRO AURÉLIO MARQUES

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Relato de caso: Masculino, 18 anos, estudante apresentando obstrução nasal pior a esquerda há 1 ano, além de epistaxe. Fez uso de terapia medicamentosa não especificada sem melhora das queixas. A endoscopia nasal demonstrava uma lesão de aspecto carnososo, avermelhada e com superfície verrucosa ocupando toda a fossa nasal esquerda. Realizou tomografia computadorizada que evidenciou lesão expansiva em seio maxilar e cavidade nasal esquerda com extensão para coana e fossa pterigopalatina, sugerindo pólipos e nasoangiofibroma juvenil como principais hipóteses diagnósticas. Realizou biópsia incisional da lesão: papiloma de células escamosas sem atipias. Foi submetido a procedimento cirúrgico com exérese de toda a lesão por abordagem endoscópica combinada com acesso Caldwell-Luc. No intraoperatório, a tumoração apresentava aparente inserção em seio maxilar esquerdo, além de mucosa hiperplásica e um pólipo. A biópsia pós-operatória confirmou papiloma nasossinusal. Paciente segue em acompanhamento clínico há 1 mês sem sinais de recidiva.

Discussão: O papiloma invertido é um tumor benigno nasal comum correspondendo entre 0,5% e 4% dos tumores benignos nasossinuais. Ward, em 1854, descreveu pela primeira vez o papiloma invertido e alguns fatores são associados ao seu surgimento como processos inflamatórios crônicos, embora apenas a infecção pelo HPV (herpes vírus humano) tenha uma associação bem estabelecida. O papiloma invertido (PI) é raro na faixa etária mais jovem e poucos casos foram descritos até o momento. PI costuma ocorrer entre a 5ª e a 6ª década de vida, com maior prevalência entre homens que mulheres. Acomete mais comumente o seio maxilar. Apresenta-se com queixas clínicas inespecíficas de obstrução nasal unilateral, epistaxe, anosmia e rinorreia. O diagnóstico é feito pela biópsia com evidência de uma estrutura histológica típica: a invaginação neoplásica do epitélio para o estroma subjacente. O termo papiloma invertido se refere a essa invasão histológica. O tratamento consiste em excisão cirúrgica completa. A possibilidade de recidiva e o potencial de malignização exigem uma ressecção completa do tumor e de suas margens. Diante de um paciente masculino jovem com obstrução nasal e epistaxe, nossa suspeição clínica se dirige para outros tumores mais comuns nessa faixa etária como nasoangiofibroma juvenil. Entretanto, é importante não se descartar outros possíveis diagnósticos. Recomenda-se o seguimento clínico por no mínimo 5 anos, com a realização de endoscopia nasal, tendo em vista o risco de recidiva.

Considerações Finais: Os casos de papiloma invertido nasossinusal em pacientes mais jovens são raros. Por isso, é necessária a suspeição clínica para um diagnóstico precoce, devido ao risco de malignização e altas taxas de recorrência da doença mesmo numa faixa etária incomum.

Palavras-chave: papiloma invertido; adulto jovem; tumor nasal.

TCP11175 RABDOMIOSSARCOMA DE SEIO ESFENOIDAL METASTÁTICO E COM EXTENSO COMPROMETIMENTO DA BASE CRANIANA

Autor principal: LAURA REGYNA TOFFOLI ROSO

Coautores: ISADORA ELY, CAROLINA SARCINELLI SPINELLI, VINICIUS ZAMPROGNA BONAFÉ

Instituição: Grupo Hospitalar Conceição

Apresentação do caso: I.N., 22 anos, masculino, hígido, iniciou há duas semanas com cefaleia frontal e retro-orbitária, associada à parestesia de hemiface direita. Há 4 dias evoluiu com diplopia e incapacidade de abdução ocular à direita, motivo que o levou a procurar atendimento de emergência. Foi submetido à tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste, a qual identificou lesão expansiva em seio esfenoidal direito, com erosão óssea do assoalho da selar e da lâmina papirácea, comprometimento do ápice orbitário e infiltração dos músculos retos medial e lateral e do nervo óptico. Além do comprometimento selar e supraselar, havia infiltração junto aos seios cavernosos, cavum de Meckel direito, da fissura orbitária superior e dos forames oval e redondo direitos. Achados estes que justificam as queixas iniciais apresentadas. Paciente foi submetido à biópsia endoscópica transesfenoidal da lesão, com laudo anatomopatológico inconclusivo. A amostra foi, então, encaminhada à imuno-histoquímica, confirmando o diagnóstico de rabdomiossarcoma alveolar de seio esfenoidal. Realizado estadiamento clínico com TC contrastada de crânio, tórax e abdome, a qual detectou implantes secundários em pulmão, caracterizando estadiamento clínico IV. Foi proposto tratamento combinado com quimioterapia e radioterapia, o qual paciente segue realizando até a presente data deste relato.

Discussão: O rabdomiossarcoma é um tumor mesenquimal originário da musculatura esquelética, sendo o tipo de sarcoma mais comum em crianças. Em adultos, ocorrem em menos de 10% de todos os sarcomas. Apresenta dois picos de incidência: entre 2-6 anos e em adultos jovens de 15 a 19 anos. Os subsítios na cabeça e pescoço mais comuns são: órbita e os sítios parameningeos (nasofaringe, cavidade nasal, seios paranasais, osso temporal, fossa pterigopalatina e fossa infratemporal). Podem se classificar em subtipo embrionário, alveolar e pleomórfico. O subtipo alveolar, relatado neste caso, é o que apresenta pior prognóstico, devido à maior capacidade de disseminação à distância. Os sinais e sintomas dependem da localização do tumor primário. O diagnóstico deve incluir uma história clínica completa, exame físico, exames laboratoriais, nasofibroscopia, TC, RM e biópsia. O tratamento deve ser escolhido individualmente para cada paciente, incluindo, quimioterapia, ressecção cirúrgica e radioterapia.

Comentários finais: O rabdomiossarcoma de seios paranasais apresenta comportamento clínico-biológico variado, muitas vezes com sinais e sintomas inespecíficos. Em alguns casos, pode apresentar evolução rápida e comprometimento de estruturas nobres, principalmente nos sítios parameningeos. A realização de exames de imagens, associada à biópsia das lesões suspeitas, é fundamental para o diagnóstico correto e o tratamento precoce. Este permanece sendo a melhor alternativa para otimizar o potencial de cura desta doença.

TCP11176 CASE REPORT: SKULL BASE OSTEOMYELITIS AS A DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF NASOPHARYNX TUMORS

Autor principal: LETICIA DE MORY VOLPINI

Coautores: ANA CAROLINA PIRES DE MELLO AZEVEDO, ANDRÉA TEIXEIRA DE ALMEIDA, RODRIGO DE ARAGÃO TORRES, FABIOLLA MARIA MARTINS COSTA, LUMA MOREIRA DA COSTA, MIGUEL SOARES TEPEDINO, PEDRO MINO VIANNA

Instituição: Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Apresentação do caso: P.P.G, 66 years old, male patient came to the Otorhinolaryngology service of Pedro Ernesto Hospital complaining of chronic nasal obstruction and hyposmia. Evolved with occipital headache, otalgia and weight loss of 10 kg in 1 month.

Nasal endoscopy showed polypoid lesions bilaterally and a submucosal bulging in cavum.

CT scan was requested, which showed soft tissue asymmetry in the right posterior pharyngeal region. MRI was performed with intravenous contrast and displayed an ill-defined, infiltrative lesion with low signal intensity in both T1 and T2 weighted sequences and extensive post contrast enhancement in the nasopharynx, the lesion extended from the choana to the pterygoid lamina, superiorly to the petrous apex and laterally to the mastoid process on the right and the tubal ostium on the left, bone erosion of the petrous apex was more evident on the right.

Partial nasopharyngectomy was performed with purulent secretion found in the clivus region, material was sent for culture showing *Pseudomonas aeruginosa* growth. Evaluation by the infectology department was performed and antibiotic therapy was initiated according to antibiogram. Patient evolved with improvement of symptoms, laboratory and radiological exams.

The histopathological result showing the absence of malignancy, corroborating the main diagnostic hypothesis of skull base osteomyelitis.

Discussão: Skull base osteomyelitis is a potentially fatal condition that is often misdiagnosed for malignancy, it poses a challenging diagnosis for its nonspecific symptoms and long clinical course. Radiological findings serve complementary roles and may mimic other conditions such as nasopharynx tumors. The present study aims to describe the case of a patient presenting with vague symptoms and radiological alterations mimicking those of an infiltrative skull base lesion.

Comentários finais: Skull base osteomyelitis should always be considered as a diagnostic hypothesis by the orhinolaryngologist when faced with nonspecific signs and symptoms with radiological alterations that mimic an infiltrative lesion of the skull base.

Palavras-chave: osteomielite; base de crânio; rinologia.

TCP11177 ACESSO CRANIO FACIAL PARA EXERESE DE ESTESIONEUROBLASTOMA: RELATO DE CASO

Autor principal: LUMA TAVEIRA NUNES

Coautores: LAÍS CAROLINE PEREIRA GOMES, LAURA DOS SANTOS CARNEIRO DE ANDRADE, HELOÍSA AURORA CAVALCANTE SOARES DE MELO, BERNARDO CUNHA ARAUJO FILHO, ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA

Instituição: Universidade Estadual do Piauí

Apresentação do caso: Paciente feminina, 55 anos, apresentando queixa de anosmia, obstrução nasal e sensação de nódulo no nariz após quadro de COVID há aproximadamente 01 ano. Realizou tomografia computadorizada para investigação que mostrou material de atenuação de partes moles preenchendo seios maxilares, esfenoidais, frontais e células etmoidais, lesão expansiva infiltrativa de provável natureza neoplásica com epicentro nas fossas nasais e com envolvimento do labirinto etmoidal e compartimento craniano medindo 6,3 x 6,0 x 2,8cm sem evidências de acometimento cervical. Realizada biópsia da lesão nasal com diagnóstico através de imunohistoquímica de neuroblastoma olfatório. Paciente foi submetida a cirurgia com acesso cranio facial com exérese de toda a lesão pela equipe de neurocirurgia, cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia de um hospital público em Teresina-Piauí. Segue em acompanhamento multiprofissional e realizando radioterapia com boa evolução clínica.

Discussão: O estesioneuroblastoma, também chamado de neuroblastoma olfatório, é uma neoplasia maligna rara originária da neuroectoderme e representa 3% a 6% dos tumores malignos dos seios paranasais, podendo invadir fossa craniana anterior e região orbitária. Distribui-se de forma bimodal para a idade, principalmente dos 11 aos 20 anos e dos 51 aos 60 anos, sem predileção por sexo ou raça. Os sintomas mais frequentes são epistaxe, obstrução nasal unilateral e rinorreia. Distúrbios visuais, cefaleia e hiposmia também podem estar presentes. As metástases mais frequentes são para linfonodos cervicais, pulmão, fígado e ossos, e o principal preditor de sobrevivência é a disseminação linfática no momento do diagnóstico. Os exames radiológicos mais comumente utilizados são a tomografia, que permite avaliar o envolvimento ósseo, e a ressonância magnética que permite determinar a extensão do tumor. Os regimes terapêuticos multidisciplinares são os mais utilizados, entretanto muitos estudos apontam que a ressecção craniofacial associada à radioterapia é o tratamento padrão.

Comentários finais: O estesioneuroblastoma, tumor incomum, apresenta-se como uma das possibilidades diagnósticas para os tumores do trato naso-sinusal, sendo de grande importância seu diagnóstico e tratamento precoce.

Palavras-chave: estesioneuroblastoma; hiposmia; tumor nasal.

TCP11178 PROPANOLOL EMPÍRICO EM LESÃO HIPERVASCULAR NASAL: RELATO DE CASO

Autor principal: HENRIQUE CARVALHO

Coautores: LEONARDO ALBINO MEDEIROS, AFONSO POSSAMAI DELLA JUNIOR, PATRICIA RAUBER, PAULA NIKOLAY, ELISA CORDEIRO NAUCK, ANNA PAULA BANKHARDT DA SILVA, BRUNO SABEL

Instituição: Hospital Governador Celso Ramos (HGCR)

Apresentação do caso: Paciente de 33 anos, sexo masculino, HIV positivo em Terapia Antirretroviral (TARV) regular, que se apresentou a emergência com queixa de surgimento de deformidade em asa nasal à direita, de caráter progressivo, há 3 meses. Havia sido submetido a tratamento empírico com antibióticos, sem melhora do quadro. Ao exame físico apresentava lesão expansiva, arredondada, de aproximadamente 2,5cm e de coloração arroxeada em asa nasal à direita e que causava discreta alteração na coloração da mucosa da parede lateral vista à videonasoendoscopia. Não havia sinais flogísticos. Em exame de Ressonância Magnética (RM) e Tomografia Computadorizada (TC) foi evidenciado lesão expansiva no vestíbulo e asa nasal direita, hipervascular, medindo 2,9 x 2,7 x 2,1cm, e em íntimo contato com osso nasal ipsilateral. Optou-se pelo tratamento empírico com betabloqueador e, 23 dias após o início da medicação, houve melhora expressiva do volume da lesão sem relato de qualquer efeito colateral. Atualmente o paciente segue em acompanhamento ambulatorial com equipe para planejamento de ressecção endoscópica de remanescente da lesão.

Discussão: A principal hipótese diagnóstica é de um hemangioma, um tumor benigno de origem vascular, sendo comum seu aparecimento na região da cabeça e pescoço, no entanto, raros na cavidade nasal. Destes, apenas uma minoria se apresenta na parede lateral. O diagnóstico definitivo e o subtipo pode ser firmado com excisão da lesão para avaliação anatomopatológica e imunohistoquímica. O tratamento de primeira linha costuma ser a excisão endoscópica da lesão.

No caso em questão optou-se por terapia empírica com betabloqueador com grande redução do volume da lesão. A terapia proposta pode servir como ponte para uma ressecção menor e com menos riscos de sangramentos ou como alternativa em pacientes com alto risco cirúrgico.

Conclusão: O hemangioma deve ser sempre lembrado no diagnóstico diferencial dos tumores nasossinais. A lesão costuma ser unilateral, tem crescimento lento porém progressivo, podendo causar deformidade nasal. Exames de imagem como a RM e TC sugerem o diagnóstico ao demonstrar o caráter hipervascular da lesão. O tratamento de primeira linha é a ressecção endoscópica. Em casos selecionados o uso do betabloqueador pode ser opção como terapia de ponte ou para controle da lesão naqueles com alto risco cirúrgico.

Palavras-chave: hemangioma; propranolol; nasal.

TCP11179 MUCOCELE COM REPERCUSSÕES OFTALMOLÓGICAS - UM RELATO DE CASO**Autor principal:** DAMÁCIO SOARES PAIVA**Coautores:** ALEXANDRE AUGUSTO FERNANDES, MARINA MENDONÇA DE MIRANDA, HENRIQUE DE PAULA BEDAQUE, LUCAS MARINHO VASCONCELOS, KELVIN LEITE MOURA, PRISCILA FARIAS DE OLIVEIRA**Instituição:** Hospital Universitário Onofre Lopes - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Apresentação do caso: Masculino, 20 anos, admitido pela Oftalmologia com relato de proptose ocular esquerda rapidamente progressiva há 14 dias, além de redução da acuidade visual (20/400), oftalmoplegia, diplopia e dor latejante ipsilaterais, sem febre. Ao exame físico, apresentava proptose ocular esquerda, com hemorragia conjuntival e edema. Na ocasião, a TC de crânio e seios paranasais evidenciou lesão sugestiva de mucoccele frontoetmoidal esquerda, com aparente - mas, não clara - invasão de cavidade orbitária desse mesmo lado. A lesão orbicular possuía o mesmo aspecto e densidade daquela contida nos seios paranasais.

O procedimento cirúrgico endoscópico para drenagem de mucoccele frontoetmoidal ocorreu sem intercorrências, sendo evidenciado o aspecto clássico de mucoccele e solicitado cultura de germes comuns, cujo resultado foi negativo. Porém, durante o ato foi confirmada a não comunicação atual entre as duas lesões, uma vez que se encontravam separadas pela lâmina papirácea, sem evidência de soluções de continuidade aparente pela visão endonasal, apesar de essa conter área sugestiva de erosão óssea. O segundo tempo cirúrgico, conduzido pela Oftalmologia ocorreu com abordagem aberta, precisamente uma orbitotomia anterossuperior com drenagem do conteúdo intra-orbitário. Após período de internação, recebeu alta com importante melhora da acuidade visual, da diplopia e redução da proptose ocular. Um mês após a cirurgia, a acuidade visual era de 20/30.

Discussão: As mucocceles são processos expansivos císticos benignos, constituídos da mucosa do seio paranasal com conteúdo mucoide, habitualmente estéril, como no caso. Ocorre preferencialmente nos seios frontal e etmoidal anterior e possui um crescimento variável mas, em sua maioria, é gradual e insidioso. Usualmente surgem devido a processos inflamatórios, anomalias congênitas, infecções, traumas, alergias e até cirurgias prévias. Já a mucopiocele ocorre quando a mucoccele torna-se infectada, podendo evoluir com um quadro mais agudo sendo essa uma das hipóteses possíveis para o quadro súbito apresentado pelo paciente em questão.

Com a obstrução dos seios paranasais, além da contínua produção de muco, ocorre a distensão e erosão das paredes do seio por reabsorção óssea comprometendo as estruturas adjacentes, incluindo órbitas. Isso pode resultar em sintomas oftalmológicos como proptose, oftalmoplegia, diplopia, redução da acuidade visual, ptose palpebral, edema periorbital, bem como o deslocamento inferior do globo ocular, sinais esses presentes nesse relato de caso e que são incomuns como primeiro sintoma.

O tratamento definitivo da mucoccele é cirúrgico, podendo apresentar diferentes abordagens, como a endoscópica e a cirurgia aberta. Habitualmente, devido a boa eficácia terapêutica, menor risco de complicações e baixa taxa de recorrência a abordagem endoscópica é a de escolha, porém, em alguns casos é necessária a abordagem conjunta da técnica aberta, como abordado nesse caso. Além disso, a descompressão do nervo óptico foi o responsável pela melhora visual e da diplopia. Uma vez postergado esse tratamento, o paciente poderia evoluir com perda de fibras nervosas no II par, levando à amaurose definitiva.

Exames de imagem como tomografia de seios paranasais são cruciais para o diagnóstico e programação cirúrgica, ademais, em alguns casos, é recomendado a RNM com contraste para obtenção de melhor delineamento da lesão. O aspecto radiográfico clássico de uma mucoccele é o velamento do seio comprometido e afinamento generalizado das paredes do seio, bem como erosões ósseas pela osteólise irregular. A mucoccele geralmente é homogênea e sem ar, de atenuação mucoide de 10 a 18 HU.

Comentários finais: O presente caso evidencia a importância do diagnóstico e tratamento precoce das mucocceles expansivas à órbita, uma vez que pode significar sequelas definitivas ao sentido da visão. Além disso, demonstra ainda a importância do domínio da técnica endoscópica e aberta para o tratamento da mucoccele e corrobora a importância da TC e RNM no planejamento da abordagem cirúrgica.

Palavras-chave: mucoccele; mucopiocele; órbita.

TCP11180 CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO EM PACIENTE DE 28 ANOS DE IDADE

Autor principal: GABRIELA MAIA ALMEIDA BRANDÃO LINO

Coautores: ANA VIRGÍNIA TORQUATO DE AQUINO, SÁVIA MOURA TRINDADE VIANA, LUCAS CARNEIRO NASCIMENTO PEREIRA, ANDRÉ LIMA VALENTE, ALISSON LEANDRO CAMILLO PEREIRA, GUSTAVO SUBTIL MAGALHÃES FREIRE, FRANCISCO DE ASSIS MITROVICK PACHECO

Instituição: Hospital Universitário de Brasília

Apresentação do caso: Paciente masculino, 28 anos, procurou o serviço de otorrinolaringologia com história de lesão nasal de crescimento rápido e progressivo. Iniciou com queixa de cacosmia em 07/2021 e evoluiu com obstrução nasal bilateral intensa em 11/2021. Ao exame físico apresentava pirâmide nasal alargada, com ambas fossas nasais obliteradas por tumoração de aspecto enegrecido. A ressonância magnética dos seios da face demonstrava volumosa massa expansiva/infiltrativa centrada na fossa nasal, sólida, de contornos lobulados, apresentando realce intenso e heterogêneo ao meio de contraste intravenoso, medindo aproximadamente 10 (sagital) x 9 (coronal) x 5 (axial) cm. O paciente foi submetido à Rinotomia Lateral Esquerda, Sinusectomia Esfenoidal Bilateral e Antrostomia Maxilar Esquerda em 29/11/2021. O exame anatomopatológico e perfil imuno-histoquímico revelou Carcinoma adenoide cístico de glândula salivar, padrão cribriforme. Foi necessária nova reabordagem em 13/03/2022, com exérese de tumoração, revisão de ambos os esfenoides, maxilar esquerdo e cirurgia do Recesso Frontal Draf 3. O paciente foi encaminhado para o serviço de oncologia e submetido a radioterapia e quimioterapia.

Discussão: Os carcinomas adenóides císticos (ACC) são tumores malignos raros que correspondem a 5% de todos os tumores malignos dos seios paranasais. Origina-se principalmente das glândulas salivares menores (língua, seios paranasais, palato, nasofaringe, laringe, glândulas lacrimais e conduto auditivo externo). Acomete mais mulheres do que homens, sendo raro em crianças e adolescentes. São tumores de crescimento lento e insidioso, muitas vezes descobertos em estágio tardio e localmente avançado. Uma das características mais marcantes do ACC, independentemente de seu local de origem, é sua acentuada tendência à invasão perineural. Em tumores nos seios paranasais ou cavidade oral, a disseminação perineural é geralmente ao longo do segundo e/ou terceiro ramo do nervo trigêmeo. O ACC tem sido tradicionalmente subdividido em 3 grupos histológicos (cribriforme, tubular e sólido) com base nos componentes sólidos do tumor, embora não exista um sistema de classificação universalmente aceito. Os tumores dos seios paranasais estão associados a um pior prognóstico e a cirurgia desses locais é muitas vezes complicada pela extensão da doença. As recorrências são frequentes e ocorrem tardiamente.

Comentários finais: O ACC caracteriza-se por curso clínico indolente, mas agressivo, pela presença de invasão perineural precoce, recorrência local frequente e alta taxa de metástase à distância tardia. Representa um desafio terapêutico e cirúrgico, em vista da alta taxa de recorrência. Devido à raridade do ACC, há poucos estudos a respeito de dados epidemiológicos e de estratégias de tratamento.

Palavras-chave: carcinoma adenóide cístico; tumor; nasossinusal.

TCP11181 ACHADOS TOMOGRÁFICOS NASOSSINUSAIS DE PACIENTES ATENDIDOS NO ESTADO DO AMAZONAS

Autor principal: VIVIANE SALDANHA OLIVEIRA

Coautores: LUANA DE JESUS BATISTA, YANE MELO DA SILVA SANTANA, EMILY BARBOSA DO NASCIMENTO, CAIO EDDIE DE MELO ALVES, RAÍSSA COSTA SAID, ÁLEX WILKER ALVES SOARES, REBECA MARIA AMED MARTINS

Instituição: Universidade do Estado do Amazonas

Objetivos: Avaliar os achados tomográficos mais frequentes em pacientes com queixas nasossinusais atendidos em um hospital de referência em Otorrinolaringologia do Amazonas, e correlacionar com as principais indicações ao exame.

Métodos: Trata-se de um estudo clínico retrospectivo, transversal, realizado através da análise de 100 prontuários de pacientes atendidos em um Serviço de Otorrinolaringologia na cidade de Manaus-AM, submetidos ao exame de TC dos seios paranasais. Foram excluídos prontuários incompletos e crianças com idade inferior a 12 anos.

Resultados: Os 100 pacientes estudados tinham de 13 a 86 anos, com média de idade de 38,8 anos ($DP=38,84\pm16,9$). A amostra foi composta por 42% de pacientes do sexo feminino e 58% do sexo masculino. Após análise das alterações tomográficas nasossinusais, 78% dos pacientes tiveram indicação cirúrgica. Dentre as hipóteses diagnósticas dos pacientes avaliados, o desvio de septo nasal foi a mais frequente, relatada em 49% dos prontuários, seguido de rinite alérgica (23%) e pólipos nasais (21%). A obstrução nasal foi a queixa mais relatada (90%), seguida de rinorréia (44%) e prurido nasal (36%). A alteração anatômica mais descrita foi o desvio de septo nasal (80%), sendo que 53,75% possuíam desvio à esquerda, 40% à direita e 6,25% desvio bilateral. Ademais, foi descrita a presença de hipertrofia dos cornetos nasais inferiores (HCNI) em 26% dos casos, onde 65,39% possuíam hipertrofia bilateral, 23% à direita e 11,5% à esquerda. Concha Média Bolhosa foi analisada em 15% dos prontuários, presente no lado esquerdo em 23%, direito e bilateral em 15,39% cada. Quanto aos seios paranasais, os seios maxilares foram os mais acometidos por alterações (58%), sendo que em 62% foi bilateral, 24,13% à esquerda e 13,8% à direita. O acometimento dos seios esfenoidais foi relatado em 17%, sendo bilateral em 58,82%, à esquerda em 23,5% e à direita em 17,6%. O envolvimento dos seios frontais foi presente em 12%, 66,6% bilateralmente, 8,3% à direita e 25% à esquerda. Os achados tomográficos mais descritos foram lesões inflamatórias (50%), dentre estas, os pólipos nasais em 58% e cistos (42%).

Discussão: Dentro do estudo, a principal queixa foi de obstrução nasal, sendo relatada por 90% dos pacientes, concordando com os Resultados de Sharma et al (88,6%). O desvio de septo nasal, de acordo com as literaturas, tem incidência entre 56% e 88,2%, sendo encontrado em 56% dos pacientes estudados por Maru et al., 65% no trabalho de Mamatha et al., e 88,2% por Tiwari et al. No presente estudo, o desvio de septo foi descrito em 80% dos pacientes. A presença de concha média bolhosa na pesquisa foi de 15%, sendo menor se comparada com outros estudos, como no de Tiwari et al. (76,4%) e de Maru et al. (42,6%), porém, Mamatha et al. (15%) e Dua et al. (16%) encontraram Resultados semelhantes. Em relação às alterações dos seios paranasais, a incidência na pesquisa em questão corrobora com Kinsui et al. (70%), sendo maior o envolvimento do seio maxilar (58%), estando de acordo com outras literaturas, entretanto, colocam que o segundo mais acometido é o seio etmoidal, divergindo desta pesquisa, que apresenta o seio esfenoidal em tal posição. A incidência de lesões inflamatórias foi de 50%, menor quando comparada com Sharma et al. com 79,5%. No entanto, ambos os estudos concordam que o achado mais frequente são pólipos nasais.

Conclusão: A TC de seios paranasais, padrão ouro em queixas nasossinusais, tem sido solicitada para pacientes com sinais de rinossinusopatia, sendo o sintoma mais frequente a obstrução nasal. Foi possível constatar que através da TC pode-se observar variações anatômicas, pólipos nasais, cistos e envolvimento das cavidades paranasais, contribuindo assim para um diagnóstico mais preciso. O seio paranasal mais acometido foi seio maxilar e o principal achado nestes foram pólipos nasais.

Palavras-chave: tomografia; nasossinusal; rinologia.

TCP11182 THE IMPORTANCE OF ADDRESSING S POINT IN CASES OF SEVERE EPISTAXIS - A CASE REPORT

Autor principal: ROSANA DUARTE LUZ

Coautores: YASMIM PEREIRA GONÇALVES, GUSTAVO CEDRO SOUZA, GABRIEL MARCELO REGO DE PAULA, GABRIEL NEVES FARIAS, JOÃO PRUDENCIO DA COSTA NETO, ISOLDA CARVALHO DE SANTANA, IEDA CARVALHO DE MELO

Instituição: Hospital Veredas

Introduction: Epistaxes is one of the most addressed topics when thinking of ENT emergencies. This is because, whether on an emergency call or even in an outpatient clinic, nosebleed can generate a major disorder, if it evolves with difficulty of hemostasis and control of the condition.

Objective: To describe the importance of topodiagnosis in a case of high volume epistaxis. To analyze the importance of bringing the patient to the operating room early.

Discussion: JAS, 45 years old, male, without comorbidities, from the entrance to the emergency care sector, with a report of large volume epistaxis, with oral externalization, for about 02 hours. Denies previous episodes or trauma. Tried previous tamponade with gauze and adrenaline, to no avail. Posterior tamponade was performed with a size 18 foley probe, with partial control of the condition, but the patient returned to bleeding shortly after. Laboratory tests were requested, within normal standards. He chose to trigger hemodynamics service, when embolization of bilateral maxillary arteries was performed by right femoral vein, with relative control of symptoms, being discharged soon after. After 2 days, patient returns with intense epistaxis. It was decided to take the patient to the operating room, general anesthesia and exploration of the nasal cavity by video. A arterial vascular pedicle was identified in the upper part of the nasal septum, around the armpit of the middle concha, a region called S-point and very related to severe epistaxis. In analysis of the corresponding anatomy, the s-point is considered a branch of the anterior etymoidal artery, derived from the internal carotid artery, which justifies its bleeding potential. After identification of the bleeding point, cauterization was carried out successfully. The patient was discharged after 24 hours, with no reports of further bleeding.

Conclusion: In the face of a severe epistaxis, making the topodiagnosis increases the chances of successful control of nasal bleeding, besides dispensing with other ineffective procedures. Patients spend less time in hospital, receive fewer medications, lower hospital costs and return more briefly to basic daily activities.

Palavras-chave: epistaxis; bleeding; nose.

TCP11183 COMPLICAÇÕES GRAVES E POUCO FREQUENTES DE RINOSSINUSITES: SÉRIE DE CASOS**Autor principal:** JULIA TONIETTO PORTO**Coautores:** CARLA CUENCA SCHWARTSMANN, EDUARDO MÜLLER AÑEZ, RENATA TRAMONTINI MENA BARRETO FRITSCHER, GERSON SCHULZ MAAHS, THOMAS PETER MAAHS, BERNARDO DO PRADO RIBEIRO, GABRIELA ALCOFORADO DE ABREU**Instituição:** Hospital São Lucas da PUCRS

Apresentação do caso: Caso 1: Masculino, 16 anos, apresentou quadro de rinossinusite bacteriana (RSB) de 15 dias de evolução, tendo iniciado no sétimo dia com cefaleia intensa em região frontoparietal esquerda. No mesmo período, apresentou febre alta, afasia motora e perda de força em membro superior esquerdo. Tomografia computadorizada (TC) de crânio e ressonância magnética (RNM) na chegada ao hospital, revelaram empiema subdural de 0,9cm à esquerda, com efeito de massa e desvio de linha média. Em exame de nasofibrolaringoscopia (NFL), apresentou drenagem de secreção purulenta em meato médio de fossa nasal esquerda. Foi submetido a craniotomia com drenagem de empiema frontoparietal extenso à esquerda, em conjunto com etmoidectomia, antrostomia maxilar, e abertura de recesso frontal por acesso externo. Evoluiu com 8 semanas de internação realizando múltiplos esquemas antimicrobianos, e recuperação das funções motoras.

Caso 2: Feminina, 39 anos, iniciou há 3 anos com obstrução nasal progressiva bilateral, com histórico de diversos tratamentos com esquemas antibióticos e corticoide tópico nasal. Há 6 meses iniciou com amaurose em olho esquerdo. Ao exame físico, apresentava polipose nasal visível em NFL. TC com contraste e RNM evidenciaram lesão expansiva e infiltrativa com solução de continuidade na lâmina papirácea, comprometimento da base do crânio, especialmente do clivus e da sela túrcica, e extensão para a fossa craniana média bilateralmente, em especial à esquerda, sem restrição à difusão. Foi submetido à biópsia em bloco cirúrgico, com anatomopatológico compatível com pólipos inflamatórios e pesquisa para fungos positiva para *Aspergillus*, fechando diagnóstico de rinossinusite fúngica alérgica (RSFA). Realizada sinusectomia total, além do uso de corticoterapia por 30 dias e itraconazol via oral. Evoluiu com melhora do quadro geral, porém manteve amaurose à esquerda.

Discussão: Complicações de rinossinusites (RS) são ocorrências raras, estimando-se cerca de 1 episódio para cada 32000 casos de RS. Dentre as RSB, aproximadamente 15% das complicações são intracranianas, sendo o empiema subdural o mais frequente. Geralmente decorrente do acometimento dos seios frontais e etmoidais, e sua mortalidade pode chegar a 25% dos casos, além de grandes chances de sequelas neurológicas. A RSFA representa cerca de 7% dos casos de RS crônicas que necessitam de tratamento cirúrgico. O acometimento orbitário é pouco frequente, identificado em cerca de 18% dos casos, e normalmente se manifesta com proptose ou diplopia. A perda visual é raramente encontrada, apresentando poucos casos descritos na literatura. Sua fisiopatologia envolve a compressão ou inflamação direta do nervo óptico, além da erosão óssea da parede lateral do seio esfenoidal.

Comentários finais: Complicações de rinossinusites são eventos de alta morbidade e muitas vezes potencialmente fatais. Exames de imagem são fundamentais para a elucidação diagnóstica dos casos. Complicações intracranianas de RSB exigem um rápido reconhecimento e tratamento com abordagem cirúrgica. A perda visual como consequência de RSFA é grave, podendo ser irreversível, e exige tratamento cirúrgico para a descompressão do nervo óptico, assim como o uso da corticoterapia. Quando realizado em fase inicial, o tratamento pode levar a regressão da perda visual, ou evitar sua progressão.

Palavras-chave: rinossinusite bacteriana; rinossinusite fúngica alérgica; complicações.

TCP11184 MENINGIOMA NASAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Autor principal: LUMA TAVEIRA NUNES

Coautores: LAÍS CAROLINE PEREIRA GOMES, LAURA DOS SANTOS CARNEIRO DE ANDRADE, LARA TAVEIRA NUNES, ANTONIO PEDRO DO NASCIMENTO

Instituição: *Universidade Estadual do Piauí*

Apresentação do caso: Paciente feminina, 49 anos, apresentando quadro de obstrução nasal pior a direita, epistaxe de repetição em fossa nasal direita e hiposmia há aproximadamente 15 meses. Ao exame físico apresentava lesão expansiva em fossa nasal direita. Na avaliação complementar foram realizados tomografia computadorizada e ressonância magnética de face que mostraram lesão expansiva com atenuação de partes moles com calcificações grosseiras de permeio captante de contraste em fossa nasal direita em contato íntimo com septo nasal, corneto superior e médio e lâmina cribiforme medindo 3,0 x 0,8 x 3,9cm e obliteração do complexo osteomeatal a direita. Paciente realizou biópsia e imunohistoquímica com diagnóstico de meningioma de cavidade nasal direita. Foi realizado tratamento cirúrgico endoscópico com remoção total da lesão e confirmação do diagnóstico através do estudo anatomopatológico. Paciente segue assintomática e em acompanhamento pelo serviço de otorrinolaringologia.

Discussão: Os meningiomas são as neoplasias intracranianas não gliais mais comuns representando aproximadamente 20% dos casos. Os meningiomas extra-craniais primários da cavidade nasal, dos seios paranasais e da nasofaringe são raros e podem ocorrer como resultado da extensão de uma massa intracranial primária. A origem desses tumores é incerta, incluindo origem das células aracnóides ao redor de nervos ou células heterotópicas deslocadas no momento do fechamento de estruturas da linha média na vida fetal. Clinicamente, uma variedade de sinais e sintomas são descritos, incluindo obstrução e secreção nasal, pólipos nasais, dor maxilar, perda auditiva e cefaléia. O diagnóstico é feito através do estudo anatomopatológico e possuem características semelhantes aos meningiomas intracranianos. Os meningiomas primários do trato nasal apresentam um bom prognóstico com sobrevida de 82,1% e 78,6% em 5 e 10 anos, respectivamente. A mortalidade não é significativa, com letalidade pelas complicações operatórias e lesão de estruturas vitais. Com a excisão cirúrgica, o prognóstico dos meningiomas primários da cavidade nasal parece favorável, com baixo índice de recidivas documentadas.

Comentários finais: Os meningiomas do trato naso-sinusal são lesões incomuns. Os critérios clínicos e radiológicos desses tumores são inespecíficos, e conseqüentemente o diagnóstico requer a avaliação imunohistológica. O diagnóstico e manejo precoce desses tumores são fundamentais e o tratamento de eleição é a exérese cirúrgica.

Palavras-chave: meningioma nasal; hiposmia; tumor nasal.

TCP11185 HAMARTOMA EPITELIAL ADENOMATOIDE DE FOSSA NASAL: UM RELATO DE CASO**Autor principal:** TAIANE SILVA PAIXAO**Coautores:** MARCO AURELIO FRANCO DE GODOY BELFORT, ESTEFANI MOLINAR, MARINA DANTAS CARDOSO DE MEDEIROS, LARISSA ELISA MARIN, MARÍLIA ROCHA KINTSCHEV, MARCELA DIAS DE OLIVEIRA LIMA**Instituição:** Hospital Regional de Presidente Prudente

Apresentação do caso: Paciente VSN, 72 anos, sexo masculino, pedreiro, hipertenso em uso de Losartana 100mg/dia, com história prévia de polipectomia por rinossinusite crônica há 35 anos em outro serviço, compareceu ao Hospital Regional de Presidente Prudente em 20/05/20 com queixa de obstrução nasal bilateral, mais importante a esquerda associado a hiposmia, roncos noturnos, respiração oral e algia em região de seios da face há 3 anos. Ao exame físico, apresentava em rinoscopia presença de lesão de aspecto polipoide ocupando toda fossa nasal esquerda. Orosopia sem alterações. Negou tabagismo e etilismo. Portava laudo de nasofibrosopia realizada em 30/04/2019 constando presença de mucosa polipoide grau I em meato médio a direita e pólipos grau III com oclusão completa de fossa nasal esquerda, impedindo a progressão do aparelho. Solicitada tomografia de seios da face realizada em 14/05/2022 que evidenciou polipose e espessamento da mucosa de revestimento dos seios maxilares, etmoidais, esfenoidais e frontais com alargamento e obliteração de complexos óstio meatais à esquerda. O paciente foi submetido a septoplastia e sinusectomia maxilar e etmoidal anterior e posterior bilateral com coleta de material para biopsia e cultura em 16/05/22. O relatório anatomopatológico confirmou hamartoma epitelial adenomatoide em fossa nasal esquerda com exérese de lesão de 6,4 x 4cm de coloração castanha clara, porosa e consistência elástica e polipo nasossinusal inflamatório em fossa nasal direita com exérese de lesão de 2,8 x 2cm de coloração castanha clara e consistência elástica. O resultado da cultura mostrou *Staphylococcus haemolyticus*.

Discussão: O hamartoma epitelial adenomatoide de fossas nasais (HEAR) é um tumor benigno raro com patogênese desconhecida, mais comum em homens da 3ª a 9ª década de vida, caracterizado pela hiperproliferação intranasal glandular revestida por epitélio pseudoestratificado ciliado, podendo apresentar-se de forma isolada ou associado a rinossinusite crônica com polipose nasal. Geralmente são assintomáticos, porém podem apresentar quadro clínico similar ao da rinossinusite crônica como rinorreia, obstrução nasal, dor facial e hiposmia. Essa tumoração benigna geralmente é encontrada na fenda olfatória, habitualmente assimétrico ou unilateral. Diante da sua localização mais comum, o hamartoma deve ser suspeitado na visualização de opacificação ou alargamento da fenda olfatória < 10mm sem erosão óssea em tomografias de seios da face, principalmente nas incidências coronal e axial. O HEAR tem como diagnóstico diferencial o papiloma invertido, o adenocarcinoma e os pólipos nasossinuais, assim como pode estar associado concomitantemente a essas lesões. A ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha, visto que essa lesão não tende a regredir de forma espontânea e pode evoluir agravando sintomas e alterando estruturas nasais.

Comentários finais: O conhecimento científico sobre o hamartoma epitelial adenomatoide de fossas nasais assim como sua fisiopatologia e ocorrência ainda não é totalmente esclarecido. Diante disso e da sua baixa incidência, o relato de caso contribui para a identificação e divulgação de conhecimento a respeito da patologia.

Palavras-chave: hamartoma; polipose; rinossinusite.

TCP11186 PAPILOMA ONCOCÍTICO EM FOSSA NASAL: UM RELATO DE CASO**Autor principal:** NATALIE EMY YVAMOTO**Coautores:** ISABELA HOHLENWERGER SCHETTINI, MARCO ANTONIO DOS ANJOS CORVO, RODOLFO ALEXANDER SCALIA**Instituição:** Departamento de Otorrinolaringologia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Apresentação do caso: S.G., caucasiana, feminino, 60 anos, queixa de hipoestesia em região malar direita e lesão em fossa nasal direita(FND) há 1,5 ano, associada a rinorréia espessa esverdeada e epistaxes autolimitadas (sem perda ponderal e tabagismo 17anos/maço).

Ao exame, observada lesão obliterando toda FND, de superfície irregular e aspecto friável. Tomografia computadorizada (TC) de seios da face (SF) sinalizou pansinusopatia direita, com erosão óssea do septo nasal, lâmina papirácea e da base do crânio junto à fossa craniana anterior. Ressonância magnética (RM) de crânio apresentou formação expansiva heterogênea ocupando seio maxilar direito e FND, comprimindo estruturas adjacentes sem invasões loco-regionais.

Optado por exérese da lesão via endoscópica sob anestesia geral. À análise macroscópica, observou-se um tecido macio, castanho-esbranquiçado de superfície irregular. Microscopia evidenciou proliferação epitelial de células colunares e ciliadas em múltiplas camadas em configuração papilomatosa, ora de crescimento endofítico, ora exofítico, compatíveis com papiloma nasossinusal tipo oncocítico.

A recuperação pós-operatória ocorreu sem intercorrências, com função ventilatória nasal restabelecida e regressão da parestesia, sem sinais de recidiva num follow-up de 12 meses.

Discussão: Papilomas nasossinais correspondem a 0,5-4% dos tumores nasais. O epitélio Schneideriano origina três tipos histológicos: exofítico, invertido e oncocítico; sendo o Papiloma Invertido (PI), o mais comum e o Papiloma oncocítico (PO), o mais raro e com escassos relatos na literatura (3-5%).

Apresentamos um caso raro na Otorrinolaringologia, nem tanto pelo quadro clínico exibido mas pelo diagnóstico final que deve ser sempre estabelecido com análise anatomopatológica. Deve-se lembrar que a manifestação clínica do PO e PI é semelhante, sendo oligosintomáticos no início até crescerem suficientemente para justificar um quadro de obstrução nasal, rinorréia, cefaléia, e por vezes, episódios de epistaxe.

A origem mais comum dos papilomas é o seio etmoidal, seguido de parede lateral nasal e seio maxilar. Na RM de SF, os papilomas se apresentam como lesão de densidade semelhante ao tecido mole, com aspecto septado/estriado. Na TC de SF, a contiguidade da cavidade nasal com uma massa heterogênea ao contraste é altamente sugestivo de papiloma. Afinamento ou arqueamento do osso adjacente pode ser visto com o crescimento progressivo do tumor; malignidade é sugestiva quando há erosão ou destruição óssea, (4-17% dos casos de PO e 5- 15% dos PI). Em 95% dos casos, osteíte focal prevê local de origem do PI, o que geralmente não é encontrado no PO

Os PO são macios rosados, e microscopicamente exibem padrões exofíticos e endofíticos, múltiplas camadas pseudoestatificadas colunares, com pequenos núcleos redondos e uniformes, citoplasma eosinofílico com componente epidermóide. Já os PI, são firmes e de coloração acinzentada, com superfície multinodular, histologicamente exibindo crescimento endofítico de células de transição não queratinizadas. O epitélio espesso sofre maturação e inverte-se para o estroma com uma membrana basal distinta que separa o epitélio do estroma, do tecido conjuntivo subjacente.

Todo papiloma do seio paranasal deve ser removido cirurgicamente por completo. Apresenta alta taxa de recidiva, geralmente no sítio primário tumoral, principalmente se a exérese for incompleta, (PO: 25-35% em 5 anos; PI: 60%). Desta forma, é crucial identificar a inserção para garantir a ressecção completa da mucosa afetada e do periósteo. Radioterapias são indicadas quando há sinais de malignidade, múltiplas recorrências ou quando estão muito avançados. O acompanhamento pós-operatório é essencial independente do subtipo do tumor.

Comentários finais: O relato de caso apresentado é compatível com PO, tanto na Apresentação quanto nos achados de imagem e anatomia patológica. Se desconhecida a existência do subtipo histológico, corre-se o risco de realizar tratamento e seguimento inadequado do paciente, aumentando a morbidade e reduzindo sua qualidade de vida.

Palavras-chave: papiloma nasossinusal; papiloma oncocítico; papiloma schneideriano.

TCP11187 FÍSTULA LIQUORICA CAUSADA POR COLETA DE SWAB PARA COVID.

Autor principal: MARINA IMBELLONI HOSKEN MANZOLARO

Coautores: ANA ELIZA GARCIA, ENRICO VINICIUS GUIMARAES VERGUEIRO FELICIO, IGOR BALDI DA SILVA, LEANDRO DIAS QUINELLI

Instituição: *Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Limeira*

Apresentação do caso: N.C.S., anos, encaminhada pela equipe na neurocirurgia para fechamento de fistula liquorica há 01 ano após coleta de swab para COVID. Possui queixa de secreção hialina constante em narina esquerda. Nasofibrolaringoscopia demonstrava tecido protruindo em teto de fossa nasal a esquerda. Ressonância magnética (RNM) de seios da face demonstrou descontinuidade óssea focal na placa cribiforme do etmoide a esquerda, no seu terço médio, com rebaixamento da goteira olfatória ipsilateral e discreta protrusão liquórica/meningea, favorecem a possibilidade de meningocele transetmoidal. Tomografia computadorizada (TC) não conseguiu demonstrar o defeito com detalhes. Realizada cirurgia para correção da fistula, via endoscópica, com utilização de cartilagem septal, retalho de mucosa septal e cola de fibrina para correção do defeito. Até o momento paciente evoluiu satisfatoriamente, sem recorrência da secreção hialina.

Discussão: A comunicação entre o espaço subaracnóideo e a cavidade nasal denomina-se fístula liquórica rinogênica. Principal etiologia das fistulas é o trauma, e a principal localização é a placa cribiforme. A história clínica da fistula é típica: descarga nasal de líquido claro, intermitente que se evidencia do nariz quando o paciente se inclina para frente. Para o diagnóstico o teste mais confiável é a dosagem da 2 transferrina na secreção hialina. A TC deve ser solicitada sempre, tanto para uma definição anatômica da base do crânio e também para possível diagnóstico e localização do defeito. A cisternografia é um teste bastante específico. A RNM é útil para o diagnóstico de fístula, em T2 o líquido é realçado, ajuda no estudo da meningocele. A correção da fistula é cirúrgica, existe o acesso intracraniano e extracraniano. A técnica endonasal (extracraniana) já é muito realizada e a literatura demonstra que é um método seguro e eficiente. A localização e visualização fornecida pelo endoscópio permitem ao cirurgião uma maior facilidade em remover o tecido fibrótico e escarificar os bordos da lesão permitindo uma maior aderência do enxerto nesta região, tendo desta forma, um excelente resultado.

Comentários finais: O relato de caso mostra um alerta sobre o cuidado nas coletas de swab, com treinamento e orientação dos profissionais para evitar esse tipo de complicação. Também evidencia a segurança e sucesso da técnica endoscópica para correção de fistula liquórica rinogênica.

Palavras-chave: fístula liquórica; cirurgia endoscópica; endoscópio.

TCP11188 ATRESIA DE COANAS BILATERAL EM PACIENTE IDOSA

Autor principal: NATÁLIA MATOS MURICY

Coautores: LARISSA ROCHA OLIVEIRA, GRAZIELA BRITTO DE CARVALHO LOBO SOUSA, PRISCILLA LUCENA DE FIGUEIREDO, DANIELA SANTIAGO PASSOS, RAISSA DE CARVALHO BORGES, MARIA MARTINEZ KRUSCHEWSKY, LEILA BIANCA OLIVEIRA DE FREITAS

Instituição: Hospital Santo Antônio / Obras Sociais Irmã Dulce

Relato de caso: Paciente MSS, feminina, 60 anos procedente de Ibicuí-BA com relato de obstrução nasal bilateral, roncos noturnos e hiposmia. Os sintomas iniciaram desde a infância. Informa que desde o nascimento apresentava dificuldade respiratória, porém sem necessidade de tratamento invasivo ou internações. Relata dificuldade de acesso ao sistema de saúde quando criança por ter nascido em domicílio em ambiente rural. Refere rinorreia hialina persistente, associado a espirros e coriza. Realizado nasofibroendoscopia flexível no Hospital Santo Antônio, sendo observado imperfuração coanal bilateral e secreção hialina abundante de permeio. Tomografia computadorizada de face e seios paranasais que ratifica o diagnóstico de imperfuração coanal bilateral provavelmente de natureza mista – osseomembranosa. Paciente foi submetida a cirurgia endoscópica nasal para correção de atresia de coana no Hospital Santo Antônio. Realizado técnica Cross-over flap e optado por colocação de sonda de Foley – sendo retirada dois dias pós o procedimento.

Discussão: A atresia e coanas é uma doença rara acometendo aproximadamente de 1: 5000 a 1: 8000 de pessoas ocorre por erro na embriogênese de 4 a 11 semanas. Pode estar associada a outras mal formações genéticas como a síndrome CHARGE (coloboma ocular, alterações cardíacas, atresia de coana, retardo no desenvolvimento, alterações gênio-urinárias e malformações auriculares) ou isoladamente. A prevalência é maior no sexo feminino. As causas mais comuns de atresia de coana são a falta de reabsorção da membrana bucofaringea, migração anômala das células mesodérmicas, fusão dos ossos palatinos com septo e com a base dos ossos esfenoidal, além dos distúrbios de vitamina A. A atresia unilateral é mais comum que a bilateral, esta pode ser classificada de acordo com o tecido que a forma podendo ser óssea, membranosa ou mista sendo essa última a mais comum. Quadro clínico irá depender se a atresia é unilateral ou bilateral quando bilateral os sintomas são observados logo após o nascimento, normalmente ainda em sala de parto, já que o recém-nascido pode apresentar sinais de asfixia e cianose que com melhora com choro e por vezes necessitam de medidas invasivas para manutenção de parâmetros respiratórios.

Considerações Finais: A atresia de coana bilateral é uma patologia mais comumente observada no início da vida, em recém-nascidos por diagnóstico precoce, devido as repercussões respiratórias críticas acarretadas nos pacientes com tal patologia. São raros casos que encontramos adultos com tal patologia normalmente associados a uma dificuldade em acesso ao sistema de saúde e atraso no seu diagnóstico, levando a crer que crianças ainda morram por tal causa sem um diagnóstico assertivo. Este caso, nos leva ao questionamento de respiração e exclusiva via nasal durante os primeiros meses de vida e abrir o questionamento para possíveis adaptações que o paciente pode apresentar no decorrer da vida.

Palavras-chave: atresia; coana; idosa.

TCP11189 MUCORMICOSE RINO-ÓRBITO-CEREBRAL: UM RELATO DE CASO

Autor principal: NATHÁLYA RODRIGUES QUEIROZ

Coautores: FELIPE DA SILVA BRAZ, TAYNARA LUÍSA DE MELLO HELIODORO, JHOLBERT CARDOSO SANTANA, RHAEL SOUSA RODRIGUES, RICARDO ARAUJO MEIRA ALMEIDA, LEANDRO AZEVEDO DE CAMARGO, WILDER ALVES

Instituição: Hospital das Clínicas da UFG

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 57 anos, branca, encaminhada ao pronto socorro de otorrinolaringologia com quadro de obstrução nasal, cefaleia frontal, astenia, abaulamento e hiperemia periorbitária esquerda há 4 semanas. Relatou que há 2 semanas passou a apresentar amaurose em olho esquerdo. Como antecedentes a paciente relatou ser hipertensa e diabética de diagnóstico recente, ainda sem controle adequado.

Ao exame físico apresentava-se consciente, orientada, em regular estado geral, afebril.

À rinoscopia anterior apresentava rinorreia purulenta em narina esquerda. O exame ocular revelou edema periorbitário à esquerda, quemose, proptose e amaurose. A nasofibrolaringoscopia evidenciou presença de secreção de aspecto algodonoide infiltrativo com áreas necróticas de permeio localizadas em meato médio esquerdo.

Diante desse quadro foi feita a hipótese diagnóstica de rinossinusite fúngica invasiva aguda e internada para investigação, monitorização clínica e anfotericina B. Foi solicitada TC e RM de seios da face. A TC mostrou comprometimento do osso maxilar esquerdo, palato, células etmoidais, corpo do esfenóide e processos pterigóides à esquerda, além espaços extraconal e intraconal da órbita esquerda, incluindo o nervo óptico e a veia oftálmica superior. Os achados favoreciam a possibilidade de doença fúngica angioinvasiva. RM mostrou sinais indiretos de trombose do seio cavernoso. A paciente foi então submetida à cirurgia endoscópica nasal com remoção de áreas necróticas em cavidade nasal, meato médio esquerdo, maxilar, além de etmoidectomia e esfenoidectomia esquerda. Na primeira abordagem foi realizada também drenagem de secreção extraconal em órbita esquerda por acesso externo. O material necrótico foi enviado para avaliação patológica. A paciente evoluiu com gradual e lenta melhora clínica no pós operatório. O anatomopatológico evidenciou numerosas estruturas fúngicas representadas por hifas ramificadas, podendo corresponder a fungos da mucormicose. Após 18 dias da primeira abordagem, paciente foi submetida a outra sinusectomia para ampliação de debridamento das áreas necróticas. Novos exames de imagem não mostraram regressão das lesões em órbita. Paciente foi então submetida a exenteração de órbita esquerda após 4 dias. Paciente fez uso de anfotericina B durante os 34 dias de internação e foi avaliada com nasofibroscopias seriadas, não sendo evidenciadas novas áreas de necrose. Paciente recebeu alta após 37 dias de internação e mantém seguimento ambulatorial com a equipe de otorrinolaringologia até os dias atuais, com melhora dos sintomas.

Discussão: a mucormicose é a infecção fúngica aguda mais fatal para o ser humano, com taxa de mortalidade de 15 – 34%. A form rino-órbito-cerebral é a mais comum, e ocorre com mais prevalência em pacientes com diabetes mellitus mal controlados, além de pacientes com imunossupressão após transplante de órgãos, pacientes com doenças hematológicas malignas, uso crônico de corticoesteróides ou insuficiência renal crônica. Nesse caso a paciente apresentava como fator de risco o diabetes mellitus. A forma rino-órbito-cerebral da mucormicose apresenta-se clinicamente com rinorreia uni ou bilateral, dor facial, alteração da acuidade visual e da movimentação ocular, como no caso relatado. O diagnóstico definitivo é obtido através da biópsia de áreas suspeitas e estudo anatomopatológico. O tratamento baseia-se em três princípios: controle das doenças de base, anfotericina B endovenosa e debridamento cirúrgico.

Comentários finais: os sintomas nasossinusais devem ser sempre valorizados nos pacientes imunossuprimidos, como no caso relatado acima, devido à maior potencial de gravidade das doenças neste grupo de indivíduos.

Na suspeita de rinossinusite fúngica invasiva (mucormicose), o tratamento deve ser realizado de forma rápida e agressiva, através de cirurgia para debridamento de áreas de necrose da cavidade nasal, e da utilização de antifúngicos sistêmicos endovenosos. Ainda assim, há uma elevada taxa de mortalidade e morbidade.

Palavras-chave: mucormicose; diabetes mellitus; invasivo.

TCP11190 ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ASSOCIADO A MUCORMICOSE RINO-ÓRBITO-CEREBRAL: UM RELATO DE CASO.

Autor principal: DANIELA SANTIAGO PASSOS

Coautores: ISABELLA RAMOS ANDRADE BARRETO COUTINHO, ALESSANDRO TUNES BARROS, GRAZIELA BRITTO DE CARVALHO LOBO SOUSA, NATÁLIA MATOS MURICY, PRISCILLA LUCENA DE FIGUEIREDO

Instituição: Hospital Santo Antônio - Obras Sociais Irmã Dulce

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 44 anos, diabético previamente não tratado, apresentou quadro consumptivo há cerca de 01 ano e há 30 dias cursou com flogose bipalpebral, quemose e déficit da acuidade visual que evoluiu para amaurose em cerca de 15 dias. Notou-se em exame físico paralisia de mobilidade ocular e reflexo pupilar a esquerda neste período. Em fossa nasal observou-se lesão necrótica extensa perfurando septo nasal e realizando comunicação de assoalho nasal com palato duro não respondeu a tratamento com ceftriaxone, clindamicina e aciclovir.

Após 7 dias do início desse quadro, cursou com desvio de rima labial à direita, hemiparesia à direita. Em exame de angiotomografia do peírodo, foi vista oclusão de artéria carótida interna esquerda com preenchimento distal a partir de seu segmento comunicante. Em ressonância magnética observou-se acometimento de órbita esquerda e extensão intracraniana pela fissura orbitária superior com componentes junto ao nervo óptico esquerdo. Sinais de oclusão de artéria carótida interna esquerda até segmento cavernoso.

Submetido a cirurgia endoscópica nasal com pansinusectomia e debridamento nasossinusal concomitante a escalonamento de antibioticoterapia com meropenem e anfotericina b. Em estudo de anatomia patológica com exame micológico direto mostrou patógeno da classe dos zigomicetos. Em segunda cirurgia, por equipe bucomaxilofacial, realizado debridamento de palato duro com programação de protetização para oclusão desta comunicação. Necessitou também após 1 mês de internamento procedimento de enucleação ocular à esquerda devido a evisceração por serviço de oftalmologia. Paciente após 6 semanas de uso de anfotericina b, evoluiu com melhora do quadro consumptivo, ganho ponderal, controle glicêmico e redução considerável de lesões fúngicas com alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial.

Discussão: A mucormicose é uma infecção oportunista rara que pode ser causada pelo agente etiológico da classe dos zigomicetos, ordem mucorales. A doença pode causar necrose e destruição de estruturas nasais e seios paranasais além de invasão para regiões adjacentes. Os patógenos dos zigomicetos possuem certo tropismo vascular, porém poucos casos publicados em literatura mostra a associação entre a mucormicose e acidente vascular encefálico isquêmico. O uso de anfotericina b intravenosa superior a 6 semanas é bem documentada para o tratamento. Outro ponto importante do caso clínico é mostrar como a amaurose do paciente teve progressão muito rápida por grande agressividade da lesão.

Comentários finais: Este estudo traz como relevante a associação pouco frequente entre o acidente vascular encefálico isquêmico e processos inflamatórios de origem nasossinusal. Este relato de caso traz informações clínicas mostrando a temporalidade dos sintomas entre ambas morbidades e exame de imagem de carótida interna esquerda ocluída em região próxima à face. Além disso, mostra opções terapêuticas cirúrgicas individualizadas que obtiveram sucesso e melhora clínica do paciente, visto que casos de sobrevida para zigomicose rino-órbito-cerebral ainda é bastante discutida em literatura. Esses casos tem acometimento e extensão únicas, desta forma merecem condutas terapêuticas individualizadas.

Palavras-chave: mucormicose; rino-órbito-cerebral; rinossinusite.

TCP11191 RESSECÇÃO ENDONASAL DE ADENOMA HIPOFISÁRIO COM INVASÃO CLIVAL - UM RELATO DE CASO

Autor principal: LUCAS MARINHO SIQUEIRA CAMPOS

Coautores: RICARDO MARQUES COURA ARAGÃO, VLADEMIR LOURENÇO FALCÃO JUNIOR, BRUNO LEÃO DOS SANTOS BARROS, MARIA EDUARDA DUARTE VASCONCELOS, GILVANDRO DE ASSIS ABRANTES LEITE FILHO, CAMILA BARBOSA MARINHO, THIAGO FREIRE PINTO BEZERRA

Instituição: Hospital das Clínicas - UFPE

Apresentação do caso: Mulher, 29 anos, com história de cefaleia, amenorreia secundária e galactorreia, associadas a valores elevados de prolactina, sem diplopia ou hemianopsia. Hormônios tireoidianos e IGF-1 normais. Ressonância magnética com contraste de gadolínio da sela túrcica demonstrou formação tecidual anômala selar de provável origem adeno-hipofisária, medindo 3,1 x 1,8 x 2,5 cm (volume de 13,95 cm³). Apresentação de caráter infiltrativo e mal delimitado, realce heterogêneo ao meio de contraste e extensão para a topografia clival, lateral para ambos os seios cavernosos e suprasselar, comprimindo o parênquima encefálico adjacente, com erosão do assoalho selar e porção superior do clivus. O tumor circunda parcialmente ambas as carótidas internas (em torno de 50%). Paciente foi submetida ao tratamento clínico com cabergolina, com remissão significativa da lesão e da prolactinemia. Apesar da resposta clínica à cabergolina, a paciente foi submetida à ressecção endoscópica endonasal transesfenoidal e transclival da lesão pela possibilidade de cordoma de clivus. Anatomopatológico da lesão sela e intraclival confirmou adenoma hipofisário permeando trabéculas ósseas.

Discussão: Adenomas hipofisários são tumores benignos da glândula pituitária anterior, correspondendo a cerca de 10% das neoplasias intracranianas. Essas lesões podem ser não funcionantes (sem produção hormonal) ou funcionantes, cujas manifestações clínicas estão relacionadas a alterações endócrino-metabólicas, a exemplo do hipogonadismo e da acromegalia. São classificados quanto ao tamanho: microadenomas (< 1 cm) e macroadenomas (> 1 cm), de maneira que os tumores maiores podem determinar sintomas compressivos, como cefaleia, diplopia e hemianopsia. Prolactinomas são os tumores hipofisários funcionantes mais frequentes, cujos sintomas podem ser galactorreia e amenorreia secundária, como no caso da paciente relatada. A primeira linha de tratamento é um agonista dopaminérgico, como a cabergolina, que reduz o volume tumoral, controlando os níveis de prolactina e os sintomas. Em caso de tumores resistentes à cabergolina ou de lesões agressivas sem etiologia definida, a abordagem cirúrgica, especialmente por acesso endoscópico endonasal transesfenoidal, pode ser necessário. Os adenomas pituitários são capazes de invadir estruturas adjacentes à sela túrcica, erodindo osso esfenóide, seio cavernoso, região suprasselar, nasofaringe e clivus. O clivus é uma localização rara de invasão por adenoma hipofisário, correspondendo a cerca de 8.21% dos casos de macroadenomas da hipófise, segundo Chen et al. A arquitetura trabeculada do osso clival pode torná-lo vulnerável a essa invasão. É importante salientar que outros tumores, de comportamento mais agressivo, como cordomas e tumores osteogênicos, devem fazer parte do diagnóstico diferencial de lesões pituitárias com extensão para clivus, sobretudo, se houver indícios radiológicos de invasão e distorção da cortical óssea. A hipótese diagnóstica pré-operatória no caso clínico relatado foi de cordoma de base de crânio em razão do achado radiológico de rarefação óssea do clivus esfenoidal, com padrão de realce diferente da hipófise à captação de contraste.

Comentários finais: Adenomas hipofisários, restritos à sela túrcica ou com extensão extrasselar, fazem parte do espectro de atuação do Otorrinolaringologista no contexto da Cirurgia de Base de Crânio. Nos casos em que o tumor selar tem comportamento agressivo, resistente ao tratamento clínico e com eventual invasão clival da fossa craniana posterior, a abordagem cirúrgica endoscópica endonasal transesfenoidal para ressecção da lesão é uma alternativa segura e potencialmente eficaz no tratamento da doença, determinando remissão dos sintomas e redução da dose do agonista dopaminérgico em caso de lesão tumoral residual.

Palavras-chave: prolactinoma; neoplasias da base do crânio; fossa craniana posterior.

TCP11192 REDUÇÃO DE FRATURA NASAL FECHADA EM CENTRO CIRÚRGICO: RELATO DE CASO

Autor principal: ANA ELIZA GARCIA

Coautores: ENRICO VINICIUS GUIMARAES VERGUEIRO FELICIO, MARINA IMBELLONI HOSKEN MANZOLARO, IGOR BALDI DA SILVA, LEANDRO DIAS QUINELLI

Instituição: *Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Limeira*

Apresentação do caso: Paciente RJNC, 25 anos, sexo masculino, deu entrada no Pronto Atendimento da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Limeira/SP, após acidente moto x carro. Queixava-se de obstrução nasal intensa e dor em dorso nasal. Ao exame físico, apresentava laterorrhinia importante para esquerda, epistaxe moderada em fossa nasal direita e edema nasal. O exame de imagem por tomografia computadorizada revelou fratura cominutiva de ossos nasais e desvio septal. Foi avaliado pela equipe de otorrinolaringologia da mesma instituição, colocado algodão com vasoconstritor tópico e gel foam em fossas nasais para controle do sangramento. O paciente era pouco colaborativo e sendo assim, foi optado redução de fratura nasal fechada sob sedação, após uma semana.

Discussão: A realização de redução de fraturas nasais pode ser fechada ou aberta. A técnica fechada, é possível ser feita ambulatorialmente com anestésico tópico ou bloqueio anestésico ou em centro cirúrgico com sedação ou anestesia geral. No presente caso, optou-se pela redução fechada sob sedação em centro cirúrgico, pelo fato de o paciente não ser colaborativo e na tentativa de minimizar a laterorrhinia e consequente obstrução nasal.

Comentários finais: As fraturas dos ossos nasais são comuns na prática clínica. Porém, podem apresentar um impacto estético e funcional. Os mecanismos de fratura mais frequente são agressão física, acidentes durante a prática de esportes, acidentes automobilísticos e quedas.

Na literatura, há controvérsia acerca de diversos métodos para tratamento das fraturas nasais, assim como o período ideal para a realização da redução, via de abordagem (aberta ou fechada) e tipo de anestesia. Neste estudo, optamos pela redução fechada, sob sedação em centro cirúrgico, pela queixa álgica do paciente. O tratamento foi realizado após 7 dias do trauma para diminuição do edema.

TCP11193 ESTENOSE DE COANA BILATERAL EM PACIENTE DO SEXO FEMININO DE 52 ANOS - RELATO DE CASO

Autor principal: FERNANDA DE QUEIROZ MOURA ARAUJO

Coautores: LUÍSA CORRÊA JANAÚ, EDSON RODRIGUES GARCIA FILHO, THIAGO TORRES NOBRE, BIANCA SOUSA DUARTE, GIOVANA GOMES FERNANDES, LEANDRO JOSE ALMEIDA AMARO, DIEGO GADELHA VAZ

Instituição: Hospital Universitário Bettina Ferro de Sousa

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 52 anos, proveniente de município do interior do Pará, foi encaminhada ao serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Bettina Ferro de Sousa, queixando-se de obstrução nasal permanente desde a infância, bilateral, sem predominância quanto à lateralidade e sem outros sintomas de caráter alérgico associados. Negou ser portadora de quaisquer outras doenças crônicas, infecciosas ou autoimunes. O exame otorrinolaringológico com fibroscópio flexível e o estudo radiológico através de tomografia computadorizada dos seios paranasais revelaram estenose coanal bilateral, com pequeno orifício permitindo passagem de ar em cada coana. No intuito de promover tratamento, foi realizada cirurgia endoscópica nasal para confecção de neocoana definitiva. A técnica empregada consiste na realização de retalho mucoso, com posterior exposição da placa atrésica óssea e ampliação desta. O retalho de mucosa foi utilizado para cobrir o osso exposto, na finalidade de prevenir a reestenose. Após isso, ainda em ato cirúrgico, foi realizado tamponamento posterior com sonda de Foley, a fim de evitar movimentação do retalho, o qual foi retirada em consultório após dois dias do procedimento. A paciente evolui até o presente momento sem queixas de dor ou obstrução nasal, com via aérea pervia demonstrado pela nasofibrosopia com fibroscópio flexível.

Discussão: A atresia de coana foi primeiramente descrita por Joahnn Roerder em 1775. A atresia coanal congênita corresponde à falha no desenvolvimento da comunicação entre a cavidade nasal e a nasofaringe. Apresenta incidência de aproximadamente 1: 8000 nascidos, com predomínio no sexo feminino na proporção de 2: 1. Percebe-se predomínio de casos com atresia unilateral, sendo esses mais prevalentes à direita. A atresia pode ocorrer pela formação de um septo ósseo e/ou membranoso entre o nariz e a nasofaringe. Segundo classificação tomográfica, possui composição óssea em 30% dos casos e mista (ósseo-membranosa) em 70%. É suspeitada baseada na Apresentação clínica do quadro. A atresia ou estenose adquirida de coana é patologia rara na prática otorrinolaringológica, não sendo, muitas vezes, considerada no diagnóstico diferencial da obstrução nasal progressiva, principalmente em pacientes adultos como no presente caso, dado a morbidade e mortalidade causadas pela atresia e estenose no recém-nascido.

Comentários finais: O diagnóstico e tratamento eficientes da atresia coanal congênita são essenciais para sobrevivência do paciente. No presente caso, é evidente a falha da assistência à saúde prestada a paciente, que nunca teve diagnóstico de sua patologia até a idade adulta, sofrendo com implicações respiratórias e correndo risco de óbito durante todo esse tempo.

Palavras-chave: atresia coanal; obstrução nasal.

TCP11194 FÍSTULA LIQUÓRICA ETMOIDAL APÓS SWAB NASAL PARA RT-PCR DE SARS COV-2: RELATO DE CASO

Autor principal: JÚLIA RAMOS DE MELO

Coautores: ANDRE VALADARES SIQUEIRA, VICTORIA FRANCO GONCALVES, LUCAS DA SILVA BRAZ, CÁRITA LOPES MACÊDO, JOSE CARLOS RODRIGUES CHAVES JUNIOR, ISABELA GOMES MALDI, PAULIANA LAMOUNIER E SILVA DUARTE

Instituição: Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo

Apresentação do caso: Paciente feminina, E.F.O.S., 42 anos, sem comorbidades e história patológicas prévias, iniciou quadro de rinoliquorréia persistente e contínua à direita após swab nasal para RT-PCR para detecção de SARS-CoV-2, em janeiro de 2021. Investigação complementar com videonasofibroscopia sugeriu fístula liquórica rinogênica à direita e ressonância magnética de crânio evidenciou material hipodenso em T2 em células etmoidais à direita, em contato com a lâmina crivosa etmoidal, com possível descontinuidade óssea adjacente. Tomografia computadorizada de seios da face mostrou solução de continuidade na lâmina crivosa do etmóide bilateral, mais extensa a direita e na base da extremidade posterior da apófise crista galli, determinando comunicação direta das cavidades paranasais (células etmoidais) com a fossa cerebral anterior e determinando fístula liquórica e preenchimento de células etmoidais adjacentes por líquido.

Paciente foi submetida em junho de 2022 a procedimento por videoendoscopia, sendo visualizada lesão de aspecto polipóide em teto de etmóide à direita, com área de deiscência óssea e saída de líquido. Confeccionado flap nasosseptal pediculado posteriormente e procedido fechamento de fístula com surgicel, enxerto ósseo de lâmina de etmóide, cola de fibrina e flap nasosseptal. Passagem de sonda de Foley após procedimento, permanecendo por 2 dias e prescrito acetazolamida 250 mg 3 vezes ao dia por 30 dias, com redução gradual da dose. Paciente evoluiu assintomática, sem rinoliquorria, com resolução completa do quadro.

Discussão: Fístula liquórica rinogênica é a comunicação entre a cavidade nasal e o sistema nervoso central, mais precisamente espaço subaracnóideo. Pode ser de origem traumática, iatrogênica ou espontânea. A fístula iatrogênica é uma complicação conhecida e possível de cirurgias endoscópicas nasais e de base de crânio, se tornando cada vez mais frequente com o avanço desses procedimentos. Com a pandemia de COVID 19 e a ampla realização de swab para diagnóstico da infecção pelo SARS CoV-2 surgiram complicações da realização desse exame, sendo o primeiro caso de fístula liquórica pós swab nasal publicado em outubro de 2020. É um quadro potencialmente grave, podendo evoluir com meningite e demais infecções de sistema nervoso central. O local mais acometido é a lâmina cribiforme e etmóide posterior, pela fragilidade óssea e adesão da dura mater à esse osso. É de suma importância a identificação, diagnóstico e tratamento precoces, a fim de evitar evolução desfavorável. Anamnese e exame físico detalhados permitem identificação e diagnóstico dessa entidade. A manifestação clínica mais comum desses quadros é a rinorreia em “água de rocha”, rinoliquorria, geralmente unilateral, podendo ser este o único sintoma relatado, como no caso relatado. Exames complementares, como videonasofibroscopia, ressonância magnética e tomografia computadorizada de crânio e seios paranasais são úteis na confirmação diagnóstica, localização do defeito ósseo e da lesão. Podemos também lançar mão da dosagem de beta - 2 - transferrina para confirmação do líquido cefalorraquidiano. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico. Fístulas pós traumáticas agudas apresentam alta probabilidade de fechamento espontâneo em 14 dias. O tratamento cirúrgico é indicado nas fístulas traumáticas com rinoliquorria persistente após 4 a 6 semanas, tardia, intermitente ou associada a meningite e outras complicações.

No caso relatado foi optado pelo tratamento cirúrgico com fechamento do defeito ósseo por videoendoscopia, utilizando flap nasosseptal, pela persistência do quadro há mais de um ano, mesmo sem complicações associadas.

Comentários finais: A fístula liquórica rinogênica iatrogênica pós swab nasal é uma complicação rara, mas potencialmente grave. O conhecimento dessa entidade permite a identificação precoce e encaminhamento para um otorrinolaringologista, para definição do manejo terapêutico mais adequado, que definirá o prognóstico do quadro e sucesso do tratamento.

Palavras-chave: fístula liquórica; swab nasal; flap nasosseptal.

TCP11195 NEUROBLASTOMA DO OLFATÓRIO EM RINOFARINGE**Autor principal:** ISABEL SAORIN CONTE**Coautores:** ARTUR KOERIG SCHUSTER, VITOR HUGO PEIJO GALERANI, LUANA VIEIRA MARGHETI, BERNARD SOCCOL BERALDIN, GUILHERME LUIS DA SILVA FRANCHE, ISABELE DAL SOCHIO GOBBATO**Instituição:** *Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre*

Apresentação do caso: P.K.S., 55 anos, masculino. Encaminhado para otorrinolaringologista devido a história de epistaxe de repetição, com episódios autolimitados de sangramento nasal anterior e posterior, sem relato de fatores precipitantes ou trauma nasal. Associado, apresentava obstrução nasal com piora progressiva gradual de início há 3 anos. De comorbidades, apresentava diagnóstico prévio de HIV em tratamento com anti-retroviral e Bactrim devido a CD4 diminuído. Realizado exame de nasofibrolaringoscopia com presença de lesão ocupando todo o cavum, de superfície lisa, com hipervascularização, aparentemente pediculada com inserção no arco da coana. Prosseguida investigação com tomografia de seios da face que evidenciou lesão expansiva com dimensões de 2,7 x 2,2 x 2,1 cm em linha média da parede posterior rinofaringe, projetando-se para cavidade nasal direita, com realce intenso e homogêneo por meio do contraste, sem invasão de estruturas adjacentes. Optado por tratamento cirúrgica endoscópica nasal, com ressecção completa da lesão com margens livres e enviado material para análise anatomopatológica e imunohistoquímica (IH). Os exames mostraram resultado positivo para neoplasia de células epitelioides, com arranjo sincicial, sem evidência mitose ou de necrose, e IH compatível com neuroblastoma do olfatório.

Discussão: O neuroblastoma do olfatório é um tumor neuroendócrino raro que corresponde a aproximadamente 2% - 5% das neoplasias malignas nasossinusais. Normalmente surge no recesso olfatório superior, proveniente do bulbo olfatório, projetando-se através da lâmina cribiforme e envolve o etmóide anterior. As apresentações atípicas são raras, sendo já descritos casos de Apresentação na fossa craniana anterior, seio maxilar, processo alveolar da maxila e seio frontal, sem trabalhos mais robustos a respeito da epidemiologia das apresentações atípicas. No caso acima, a Apresentação atípica se dá pela localização na rinofaringe, sem aparente inserção na fossa olfatória.

Clinicamente, o neuroblastoma do olfatório costuma cursar com sintomas inespecíficos, tais como obstrução nasal, normalmente unilateral devido a localização restrita a uma fossa nasal e epistaxe, podendo cursar com sintomas atípicos conforme localização, como cefaleia, rebaixamento do sensorio, sintomas oculares isolados, sintomas dentários ou sinusais isolados. O exame tomográfico de seios da face contribui para o diagnóstico, sendo possível visualizar uma tumoração expansiva, com captação heterogênea pelo meio de contraste. A confirmação diagnóstica se dá pelo exame histopatológico associado à imunohistoquímica, que evidencia arranjo lobular com neuroblastos primitivos recobertos por um estroma fibrovascular e mucosa, com positividade para Cromogranina, Sinaptofisina, CD56, enolase específica de neurônio e proteína S110.

Considerações Finais: O caso descrito se trata de neuroblastoma do olfatório de Apresentação atípica, localizado na rinofaringe. É importante considerar as formas atípicas de Apresentação de neuroblastoma no diagnóstico diferencial de tumores nasossinusais.

TCP11196 HEMATOMA E ABSCESSO SEPTAL NASAL EM CRIANÇA: UM CASO INCOMUM NO PRONTO ATENDIMENTO

Autor principal: LÍVIA FERRAZ DE ALMEIDA CYRINO

Coautores: VICTORIA LIMA TISEO, JULIANO DE ALENCAR VASCONCELOS, LUCIANO GONCALVES NINA, JULIANA PAULINO DO AMARAL, RUTE ROCHA SANTOS, LUCIANO HENRIQUE ANTONIOLI, LUIZ FELIPE SALOMÃO SIQUEIRA CUNHA

Instituição: Faculdade de Medicina de Jundiaí

Apresentação do caso: Paciente masculino, 5 anos, com queixa de obstrução nasal, rinorreia à esquerda associada a dor local e epistaxe autolimitada, histórico de trauma nasal há 2 dias. Negou febre no período. Ao exame físico, pode ser evidenciado edema, abaulamento, flutuação com drenagem de secreção purulenta. Aventada a hipótese de abscesso septal, foi realizado drenagem pelo ponto de flutuação com saída de pequena quantidade de secreção serossanguinolenta e prescrição de ciprofloxacino, clindamicina e corticoterapia. Sem melhora clínica, optado pela intervenção cirúrgica, sendo realizado drenagem do abscesso, sob anestesia geral, com saída de 1mL de conteúdo purulento, instalado dreno de penrose, prescrito ceftriaxona, clindamicina e corticoterapia. O resultado de cultura evidenciou *Staphylococcus aureus*. Paciente evolui bem, com drenos secos, removidos após 2 dias, permaneceu hospitalizado para antibioticoterapia endovenosa. Apresentou boa condição clínica após procedimento cirúrgico, evoluindo no seguimento ambulatorial sem complicações.

Discussão: O trauma nasal na infância é uma entidade comum. No entanto, o desenvolvimento de hematoma septal nasal (NSH) e abscesso septal nasal (NSA) após um trauma é relativamente raro. A força gerada pelo trauma nasal causa lesão vascular e formação de hematoma impedindo a perfusão da cartilagem de forma adequada. O abscesso septal acomete principalmente a região anterior do septo nasal e crianças, por apresentarem a mucosa mais frouxa, favorecendo a disseminação do hematoma. A causa mais comumente envolvida é o traumatismo nasal, mas pode ser ocasionado secundário a cirurgia nasal, etiologia dentária ou nasossinusal. Podem evoluir com obstrução nasal, rinorreia, febre, dor local e episódios de epistaxe. Ao exame físico, pode ser evidenciado edema, abaulamento, flutuação com drenagem de secreção purulenta. Os microrganismos mais envolvidos são: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae*. O nariz está situado no triângulo perigoso da face, região delimitada entre a glabella e as comissuras labiais. Trata-se de um local de potencial complicações, apresentam comunicações diretas com a região do seio cavernoso, favorecendo infecções que possam se espalhar em direção retrógrada. Além da disseminação hematogênica, complicações também podem resultar da drenagem linfática, pois os vasos linfáticos do meato superior do nariz drenagem para o espaço subaracnoide. Trata-se de uma condição grave e que requer assistência médica urgente, com diagnóstico e tratamento realizados precocemente, devendo ser instituído antibioticoterapia de amplo espectro e drenagem de conteúdo purulento. Em algumas situações, podem ocorrer sequelas de deformidades faciais, como nariz em sela, desvio septal, retração columelar, subdesenvolvimento do terço médio da face, hipoplasia maxilar, perfuração septal. Não há consenso na literatura sobre o melhor momento para abordá-las. Alguns defendem que a reconstrução precoce no momento da drenagem ou logo após a resolução da infecção, previne alterações sobre o crescimento e surgimento de deformidades faciais. Outros autores, refendem a reconstrução tardia, terminado o período de crescimento e desenvolvimento ósseo, com menor risco de infecções e falha de enxertos, e correção de eventuais problemas funcionais e estéticos.

Comentários finais: o abscesso septal nasal em crianças trata-se de uma condição clínica incomum, que pode, no entanto, apresentar-se como condição clínica grave, com necessidade de assistência médica especializada, tornando importante o seu diagnóstico precoce. Devido sua localização anatômica e rica vascularização, pode evoluir para complicações irreversíveis e fatais. Portanto, preconiza-se antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro e abordagem cirúrgica precoce. Em alguns pacientes, reconstruções das deformidades está recomendada, a fim de evitar defeitos funcionais e estéticos. Na criança em crescimento, a reconstrução da cartilagem septal destruída é essencial para o desenvolvimento normal do terço médio da face.

Palavras-chave: abscesso septal nasal; hematoma septal nasal; deformidade facial.

TCP11197 DISPLASIA FIBROSA: UM RELATO DE CASO**Autor principal:** HEITHOR DE CASTRO SELL**Coautores:** BEATRIZ VITORIA RIGON, ANDRÉ ANTONGIOVANNI SALLUM, JOÃO ANTONIO LINK, JULIANA MARQUES COLLA, ULISSES JOSE RIBEIRO, THAIS KNOLL RIBEIRO DE AZEVEDO MARQUES, ANA JULIA FERREIRA RODRIGUES**Instituição:** *Otorrino Seul*

Apresentação do caso: Mulher, 17 anos, iniciou com edema periorbital à direita em setembro de 2020, sem outros sintomas associados. Após um mês, notou progressão, com piora da protusão oftálmica, associada à fotossensibilidade e cefaléia. No início de 2021, notou obstrução nasal ipsilateral, associada à dor retro-orbitária e lacrimejamento à direita, com diplopia bilateral. Esteve em consulta com oftalmologista em agosto de 2021, foi solicitado tomografia computadorizada (TC) que demonstrou lesão expansiva de contorno regular, limites bem definidos, com focos de calcificação de permeio, acometendo lâmina papirácea, seio maxilar, fossa nasal, células etmoidais à direita, remodelamento ósseo local, de aspecto inespecífico. Com extensão intracraniana, comprimindo o parênquima cerebral e órbita direita. Foi submetida a procedimento cirúrgico em maio de 2022, com remoção parcial da lesão. Realizado estudo anatomopatológico que diagnosticou displasia fibrosa. Paciente permaneceu com certo grau de abaulamento oftálmico, relatando melhora geral do quadro, cefaléia e diplopia. Esta em programação de novo estudo tomográfico para avaliação pós-operatória.

Discussão: A displasia fibrosa (DF) é uma doença genética não hereditária caracterizada pela substituição do osso normal por tecidos ósseos e fibrosos imaturos, distribuídos aleatoriamente. É causada por uma mutação genética que impede a diferenciação de células dentro da linhagem osteoblástica. A DF apresenta-se em três formas: monostótica (incluindo craniofacial), poliostótica e poliostótica com endocrinopatias. A forma monostótica não é precursora da forma poliostótica, responsável por 80-85% dos casos de DF. No caso relatado a paciente apresenta a forma monostótica. A DF monostótica é a forma mais comum (80%), acometendo principalmente as costelas e fêmur, 20% dos casos são na região de cabeça e pescoço. A maioria das lesões é diagnosticada antes dos 30 anos, sem predileção por sexo. Base do crânio é o local mais comum quando a doença envolve o esqueleto craniofacial. Outra peculiaridade do comportamento biológico da DF é a possibilidade de degeneração maligna, observada em 0,4% a 4% dos casos. Radiologicamente, são descritas três formas de DF do crânio. Forma compacta é encontrada em 50% dos casos. A presença de densidade homogênea e aumentada com espessamento do osso dá uma aparência relativamente radiopaca. A TC mostra uma densidade uniformemente aumentada. Forma lítica afeta a calota craniana com mais frequência, com apenas 5% dos casos apresentando envolvimento extenso da base do crânio. Base anterior e medial são transformadas em uma área radiolúcida e a sela é deslocada para cima e para trás. Quase todos os ossos faciais estão envolvidos. A TC mostra uma área luminescente irregular circundada por uma margem de densidade aumentada nenhum realce de contraste é observado. Por último a forma mista é marcada pela presença de áreas de radiopacidade alternadas com áreas radiolúcidas. Os achados radiológicos neste caso estão mais relacionados a forma mista. Cirurgia é a base do tratamento na DF, mas técnica, momento e, em alguns casos, indicações permanecem controversos. Tratamento cirúrgico realizado em idade jovem pode exigir cirurgia de revisão mais cedo que nos casos realizados em pacientes pós-púberes. Essa desvantagem relativa é compensada pela melhora da qualidade de vida ou alívio dos sintomas existentes alcançados por meio de intervenção cirúrgica precoce. Nesta paciente optamos por realizar cirurgia endoscópica com ressecção parcial da massa, e posteriormente uma revisão cirúrgica, neste caso, o tamanho da massa e a implantação foram fatores importantes.

Comentários finais: Por tratar-se de paciente jovem, ela vem sendo acompanhada, e amparada, tendo ciência da importância do acompanhamento a longo prazo. Para melhor atendimento a paciente, devemos compreender os mecanismos fisiopatológicos que contribuem para diversos fenótipos dessa condição. Devido ao crescimento relativamente lento e tendência à recorrência, a ressecção parcial de lesões maiores para melhorar a aparência do paciente é aceita como tratamento de escolha.

TCP11198 CORREÇÃO DE FÍSTULA ORO-ANTRAL COM RETALHO DE BICHAT - RELATO DE CASO

Autor principal: HENRIQUE COUTINHO OLIVEIRA

Coautores: ISAURA RAQUEL NOGUEIRA DE MEDEIROS, PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO, ALEXANDRE AUGUSTO DE BRITO PEREIRA GUIMARAES, FÁBIA LÍVIA RAMOS BRILHANTE DE FRANÇA

Instituição: SOS Otorrino

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 22 anos, admitida no serviço otorrinolaringológico com queixas de rinorreia purulenta à direita, cefaleia frontal e dor em hemiface ipsilateral há cerca de um ano sem êxito aos tratamentos clínicos anteriores. Ao exame pode-se observar na rinoscopia, uma lesão tumoral em meato médio com consistência polipóide e lateralização de concha média. À oroscopia foi analisada a ausência dos elementos dentários 14 e 15 e saída de secreção purosangüínea de fístula oro-antral na região do elemento 14. Em seus antecedentes pessoais houve exodontia há 18 meses do elemento dental em questão. Para tratamento da afecção optou-se pela sinusectomia maxilar – coletado material heterogêneo sugestivo de bola fúngica-, etmoidal e esfenoidal na técnica centrípeta endoscopicamente associado ao acesso Caldwell Luc para melhor abordagem de seio maxilar. Já a fístula foi corrigida com auxílio do corpo adiposo de Bichat.

Discussão: As comunicações oro-atrais (COA) são ocorrências comuns, sendo relacionadas, na maioria das vezes, a exodontias de unidades dentárias superiores posteriores devido a íntima relação dessas unidades com o assoalho do seio maxilar. A COA permite a entrada de bactérias e alimentos no seio promovendo assim a rinossinusite odontogênica. Para correção dessa fístula foi utilizado adotado o corpo adiposo da bochecha (bola de BICHAT), por ser de fácil acesso, manter boa vascularização, rápida metaplasia da gordura, e o mínimo índice de falha, obtendo assim ótimos Resultados.

Conclusão: Dessa forma, esse tipo de abordagem também deve ser aplicado às práticas otorrinolaringológicas, não só pela praticidade, mas também pelo bom resultado gerado aos pacientes que apresentem esse tipo de condição clínica associada à fístula/comunicação buco sinusal.

Palavras-chave: fistula oroantral; rinossinusite; fungico.

TCP11199 PAPILOMA INVERTIDO DE MANIFESTAÇÃO INCOMUM**Autor principal:** JOSÉ AMÉLIO ARANTES MACHADO**Coautores:** GUSTAVO RODRIGUES BALDOINO, JULIA BERGAMINI GOMES, EDSON JUNIOR DE MELO FERNANDES, LORENA ANDRADE LAMOUNIER, GUILHERME MENDES PIMENTA, FREDERICO PRUDENTE MARQUES**Instituição:** Hospital Dr. Alberto Rassi - Hospital Geral de Goiânia (HGG)

Apresentação do caso: Paciente de 54 anos, sexo feminino, ex-tabagista, há 5 anos iniciou com plenitude aural à esquerda, negando perda auditiva ou sintomas nasais associados. Mesmo questionada, a paciente negou sensação de obstrução ou episódios de sangramento nasal. À videonasofibrosopia, evidenciado massa de aparência polipoide e coloração rosa pálida, ocupando toda a cavidade nasal esquerda anteriormente à concha média, obstruindo meato médio, coberta por secreção espessa, sem esclarecer se a massa tinha origem no septo nasal, parede lateral ou seio maxilar. Não foi possível visualizar cavum. A tomografia computadorizada revelou envolvimento de todas as paredes do seio maxilar esquerdo (com remodelação óssea na parede medial) e parte da cavidade nasal esquerda até cavum por tecido de partes moles, comprimindo células etmoidais posteriores, estágio Krouse T3. Anatomopatológico de fragmento biopsiado da cavidade evidenciou papiloma schneideriano, sem sinais de malignidade. Foi realizado em outro momento ressecção completa da lesão, combinando a megantrostomia maxilar por acesso endonasal e a antrostomia maxilar anterior pelo acesso de Caldwell-Luc. Ficou evidente que a lesão tinha sua inserção no seio maxilar esquerdo. Novo anatomopatológico sem sinais de malignidade e paciente com melhora completa do sintoma.

Discussão: Os Papilomas - tumores benignos com possibilidade de malignização -, representam 0,4% a 4,7% dos tumores nasossinusais, sendo 47% Papilomas Invertidos, cuja etiologia mais aceita é a viral (HPV, um DNA vírus epitelotrófico). Geralmente se apresenta com massa nasal unilateral, causando obstrução, rinorreia, hiposmia e epistaxe. No entanto, pode haver alguns sintomas mais raros, como epífora e abaulamento de face, palato ou vestibulo, ou ainda sintomas visuais no caso de acometimento esfenoidal precoce. É possível visualizar na rinoscopia ou endoscopia nasal massa polipoide e granular lobulada de cor rosa clara a cinza. Geralmente é difícil detectar sua inserção, mesmo após vasoconstritores. Exames de imagem são importantes para avaliar origem e extensão da lesão, além do estado das paredes dos seios paranasais. O tratamento é sempre cirúrgico e inclui remoção da mucosa onde o tumor se implanta, e a recidiva não é rara.

Comentários finais: É bem estabelecido que obstruções nasais em geral devem ser abordadas com endoscopia nasal como parte do próprio exame clínico, visto que mesmo as mais corriqueiras das patologias nasais possuem entre os seus diagnósticos diferenciais os tumores nasossinusais. Algumas queixas aurais também merecem ser valorizadas, principalmente quando unilaterais, para uma avaliação mais completa no âmbito da saúde preventiva no consultório de otorrinolaringologia, incluindo o diagnóstico precoce de papiloma nasossinusal.

Palavras-chave: papiloma invertido; tumores nasais; tumores benignos.

TCP11200 SÍNDROME DE KARTAGENER: RELATO DE CASO

Autor principal: LUCAS DA SILVA BRAZ

Coautores: ANDRE VALADARES SIQUEIRA, WILDER ALVES, CÁRITA LOPES MACÊDO, JÚLIA RAMOS DE MELO, ISABELA GOMES MALDI, JOSE CARLOS RODRIGUES CHAVES JUNIOR, VICTORIA FRANCO GONCALVES

Instituição: CRER

Apresentação do caso: C.E.V.S., 18 anos, sexo masculino, foi atendido no ambulatório de otorrinolaringologia no Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo (CRER), com quadro de obstrução nasal bilateral, sendo diagnosticado com polipose nasossinusal. Ao exame físico apresentava ictus cordis palpável no 5º espaço intercostal direito, tórax simétrico, murmúrio vesicular presente bilateralmente com roncos difusos. Realizou-se Tomografia Computadorizada de Tórax, que apresentou dextrocardia, sem cardiomegalia, inversão em espelho dos órgãos abdominais, bronquiectasias e bronquioloectasias nos campos médio-inferiores. Realizado Tomografia Computadorizada de Seios da Face, que demonstrou pansinusopatia crônica com polipose nasossinusal. Foi realizado procedimento cirúrgico de Sinusectomia com Shaver, com abertura dos seios maxilar, etmoidal anterior e posterior, esfenoidal e frontal, bilateralmente, com retirada de pólipos e aspiração de secreção espessa. Anatomopatológico de produtos de sinusectomia evidenciaram mucosa respiratória com processo inflamatório crônico e fibrose, presença de vasos congestos e proliferados, ausência de granulomas, agentes infecciosos ou atípias. Paciente evoluiu bem em pós-operatório, em seguimento com equipe de otorrinolaringologia, sem sinais de recidiva de polipose nasossinusal 6 meses após o procedimento cirúrgico.

Discussão: A discinesia ciliar primária é uma doença hereditária caracterizada por anormalidades estruturais que comprometem a atividade ciliar normal, com consequências diretas sobre a depuração mucociliar, predispondo a infecções respiratórias de repetição, resultando 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 desta desordem genética é estimada em 1/25.000 pessoas. Nos primeiros anos de vida, o acometimento da via aérea superior e ouvido médio predomina; as manifestações variam desde rinorréia leve a sinusite e otite média de repetição, sendo os sintomas geralmente recorrentes. Com a progressão da doença, surgem sintomas de infecção do trato respiratório inferior e o desenvolvimento de complicações como bronquiectasias, hipocratismo digital e déficit de crescimento. No indivíduo adulto, a síndrome de Kartagener pode se apresentar como tosse produtiva e sinusopatia crônica, otite média de repetição, mesmo na ausência de situs inversus. A infertilidade masculina pode ser a queixa predominante na presença ou não de sintomas respiratórios, uma vez que o curso da doença é variável e alguns indivíduos podem atingir a vida adulta com poucos sintomas respiratórios. Portadores desta síndrome apresentam internações frequentes por infecções respiratórias crônicas, associadas à bronquiectasias, que podem ser resultado dos estágios finais da doença, sendo acompanhada de dispnéia e falência cardíaca. O diagnóstico definitivo é por meio do estudo da ultra-estrutura, da orientação e da função ciliar.

Comentários finais: O objetivo deste estudo foi apresentar um caso de paciente com essa síndrome e o tratamento instituído. O prognóstico da síndrome de Kartagener é geralmente bom e a grande maioria dos pacientes têm expectativa de vida normal. No entanto, podem ocorrer óbitos em indivíduos com diagnóstico tardio ou que não seguem manuseio clínico adequado. Portanto, o prognóstico é dependente do diagnóstico precoce e do seguimento clínico adequado.

Palavras-chave: síndrome de Cartagener; discinesia ciliar primária; polipose nasossinusal.

TCP11201 LEISHMANIOSE MUCOCUTÂNEA FORMA TARDIA NASAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE RINITE ATRÓFICA (OZENA)

Autor principal: FELIPE DE ARAUJO BASTOS VIANNA

Coautores: CLAUDIA VALETE, NARA ZIVIANI VALE SILVA, LORENA GALDINO TEIXEIRA, MATEUS SALES MORAIS, ANANDA DUTRA DA COSTA, GUILHERME RAMOS MENEZES GOMES DE VASCONCELOS, FERNANDO ANDREIUOLO RODRIGUES

Instituição: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Caso: Feminina, 46 anos, moradora de área rural de Cambuci, interior do RJ, até os 16 anos, com obstrução e crostas nasais e epistaxe há mais de 20 anos e cicatrizes cutâneas frontal e em membro superior esquerdo. Endoscopia nasal com crostas em conchas inferiores atróficas, discretamente hiperemiadas e infiltradas, com nodulação em cauda de concha inferior direita que foi biopsiada. Exame direto e cultura positivas para leishmaniose, histopatológico com processo crônico granulomatoso, sorologia não reatora para LTA. Resolução completa de lesão e sintomas após 30 doses de 5mg/kg/dia de antimonial pentavalente.

Discussão: O caso ressalta a importância da avaliação endoscópica cuidadosa de toda a cavidade nasal após remoção das crostas em casos de rinite atrófica. No caso clínico apresentado foi suspeitado preliminarmente de rinite atrófica (ozena), pela presença de grande quantidade de crostas, atrofia de mucosa, levando à obstrução nasal importante com pouca resposta clínica aos tratamentos tópicos nasais previamente propostos. Somente através de biópsia de lesão de pequena dimensão no corneto nasal inferior que o diagnóstico foi corretamente realizado. A cavidade nasal pode ser infectada por vírus, bactérias, fungos ou parasitas, sendo as virais mais frequentes. Dentre as infecções mais incomuns, muitas delas crônicas ou insidiosas, estão tuberculose, hanseníase, sífilis, ozena, rinoscleroma, histoplasmoze, blastomicose, conidiobolomicose, leishmaniose e rinosporidiose. A leishmaniose cutânea é considerada uma doença emergente e não controlada pela Organização Mundial da Saúde. Afeta 12 milhões de pessoas em 88 países, com 50.000 pessoas morrendo de leishmaniose a cada ano. A leishmaniose é caracterizada por amplo polimorfismo clínico: a infecção pode ser subclínica, cutânea, mucocutânea ou visceral. A leishmaniose mucosa (LM) indica o desenvolvimento de uma fase crônica degenerativa, geralmente após uma lesão cutânea. A maioria dos casos de leishmaniose mucosa desenvolve-se dentro de 2 anos após o início da doença cutânea. A leishmaniose mucosa pode levar a lesões desfigurantes e com risco de vida, particularmente no nariz, orofaringe e nasofaringe. As sequelas incluem perfurações septais e comprometimento das cordas vocais. A desfiguração geralmente resulta de uma combinação da virulência do parasita e da resposta imune do paciente. A rinite atrófica é uma doença crônica progressiva caracterizada por dilatação anormal das cavidades nasais com atrofia da mucosa, submucosa e cornetos nasais subjacentes. Os fatores etiopatogênicos ainda são desconhecidos. Sua Apresentação clínica consiste em congestão nasal paradoxal associada a secreções viscosas, com presença de crostas secas e fétidas. A higiene nasal com irrigação de alto volume e baixa pressão é o padrão de tratamento médico.

Conclusão: Diante de quadro de obstrução nasal crônica com crostas nasais, além do diagnóstico de rinite atrófica (ozena), outros diagnósticos diferenciais precisam ser considerados, principalmente se houverem fatores epidemiológicos e da história clínica que favoreçam outra hipótese, como lesões cutâneas concomitantes ou cicatrizadas.

Palavras-chave: ozena; leishmaniose mucosa; diagnostico diferencial.

TCP11202 ABORDAGEM CIRURGICA DE ANGIOFIBROMA NASOFARÍNGEO JUVENIL- RELATO DE CASO

Autor principal: YANE FLÁVIA DE BARROS CURADO FLEURY

Coautores: ANA PAULA DIAS FERNANDES, JULIA MARIA MASCARENHAS ALVARENGA, TAMIRES APARECIDA ALVES BORGES, VICTOR JACOME SOARES MARTINS, DANIEL ZUCOLLOTTI CANDEIAS, HENRIQUE SANTOS FERNANDES, MANUELLA GOES DOS SANTOS RAPOSO

Instituição: Hospital Federal da Lagoa

Apresentação do caso: Homem, 21 anos, encaminhado à consulta de Otorrinolaringologia por um quadro de obstrução nasal bilateral, mais intenso à esquerda, rinorreia anterior que pioraram progressivamente ao longo de 6 meses. Os sintomas associados incluíram, respiração bucal, queixando-se especificamente durante o sono e amigdalite de repetição. O paciente não apresentava palidez clínica e os exames hematológicos de rotina estavam dentro dos limites de normalidade. Ao exame endoscópico nasal, revelou uma massa, lisa preenchendo a maior parte do meato médio e inferior esquerdo estendendo-se a coana. À oroscopia observou-se lesão vegetante, com áreas de ulcerações em região de orofaringe e abaulamento do palato mole ipsilateral a lesão. A tomografia computadorizada com contraste, detectou, tecido lobulado com densidade de partes moles e com realce heterogêneo pelo meio de contraste ocupando a fossa nasal esquerda, nasofaringe e insinuando-se inferiormente à orofaringe. Extensão lateral para fossa esfenopalatina esquerda, causando seu alargamento. Havia discreto abaulamento anterior da parede posterior do seio maxilar esquerdo. Arteriografia tumoral evidenciou nutrição arterial feita preferencialmente através de Ramos da artéria carótida externa, artéria maxilar interna à esquerda. Foi definido seu estadiamento pelo sistema de Janakiram, estágio 2A. A cirurgia endoscópica foi realizada sem embolização pré-operatória e com possibilidade de ressecção total da lesão. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências e o resultado da histologia foi ANJ. O paciente recebeu alta após três dias. No seguimento, a endoscopia nasal foi realizada após 15 dias e três meses. A cavidade nasal estava saudável e não foram observados sinais de recorrência.

Discussão: O angiofibroma nasofaríngeo juvenil (ANJ) é um tumor benigno, raro e localmente agressiva, que representa 0,05% de todas as lesões de cabeça e pescoço. Os pacientes geralmente apresentam uma tríade de obstrução nasal progressiva, epistaxe recorrente e massa na cavidade nasal e nasofaringe. Além disso, pode causar proptose, acometendo tanto a órbita quanto com extensão intracraniana, eventualmente levando a paralisias de nervos cranianos e perda de visão. O diagnóstico de ANJ inclui essencialmente tomografia computadorizada (TC) com contraste pré-operatória, podendo ser complementado com ressonância magnética. TC fornece informações sobre o estadiamento do tumor, anatomia peri-tumoral e extensão, com base em quais opções de tratamento podem ser planejadas, pesando o prognóstico. A angiografia é útil na embolização pré-operatória para avaliar os principais vasos de nutrição tumoral. Vários estudos mostraram redução da perda sanguínea intraoperatória e diminuição do tempo operatório, o que facilitaria a excisão completa. No entanto, um estudo de Borghei et al. sugeriu que o risco de recorrência aumenta em casos com embolização pré-operatória.

A ressecção endoscópica transnasal representa hoje a base do tratamento na maioria dos casos. Apesar de ser uma lesão benigna, representa uma doença desafiadora, devido à sua agressividade e potencial de sangramento. Neste artigo foi utilizado estadiamento pelo sistema de Janakiram que se baseia em características de imagem pré-operatórias obtidas a partir de dados de uma das maiores séries de casos de ANJ. descreveram a importância da avaliação pré-operatória e a estratégia de ressecção segmentar. Essa estratégia ajudou a evitar complicações que podem ser causadas pela embolização. No intraoperatório, os vasos de alimentação do tumor foram cauterizados através técnica centrípeta.

Comentários finais: Neste relato mostra a importância da imagem na seleção da abordagem cirúrgica mais adequada com Resultados na redução da morbimortalidade na cirurgia do ANJ. O tumor pode ser ressecado em uma abordagem em etapas de acordo com o estadiamento. Observamos que, novamente, a perda sanguínea pode ser bem manejada por ligadura cirúrgica direta sem aumentar a morbidade do procedimento e sem a necessidade de embolização. Essa estratégia ajudará a evitar sequelas indesejadas que podem ser causadas pela embolização.

Palavras-chave: angiofibroma nasofaríngeo juvenil; abordagem cirurgica; relato de caso.

TCP11203 ACESSO PRÉ LACRIMAL AO SEIO MAXILAR ESQUERDO PARA EXÉRESE DE PAPILOMA INVERTIDO: RELATO DE CASO

Autor principal: JÚLIA RAMOS DE MELO

Coautores: LEANDRO CASTRO VELASCO, VICTORIA FRANCO GONCALVES, LUCAS DA SILVA BRAZ, JOSE CARLOS RODRIGUES CHAVES JUNIOR, CÁRITA LOPES MACÊDO

Instituição: *Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo*

Apresentação do caso: Paciente H.J.C., masculino, 56 anos, com quadro de obstrução nasal unilateral à esquerda, associado à rinorreia e hiposmia. Rinoscopia e videoendoscopia nasal evidenciaram lesão de aspecto polipóide ocupando toda fossa nasal esquerda. Tomografia de seios paranasais com lesão expansiva sugestiva de extenso pólipó antro-coanal obliterando seio maxilar, cavidade nasal, meatos nasais, narina e coana esquerda, com focos de deiscência no seio maxilar ântero-inferior à esquerda, sugerindo fístula oroantral. Foi submetido à sinusectomia endoscópica em agosto de 2019 para ressecção da lesão. Estudo anatomopatológico compatível com papiloma Schneideriano tipo invertido, sem sinais de malignidade.

Evoluiu após 2 anos com recidiva do tumor, evidenciado em tomografia de seios da face material com densidade de partes moles ocupando o seio maxilar esquerdo com extensão para o meato médio desse lado medindo cerca de 2,6 x 2,7 x 2,5 cm. Foi submetido em setembro de 2021 à nova exérese do tumor, com acesso pré lacrimal ao seio maxilar esquerdo. Utilizado osteótomo e brocas para acesso à parede anterior do seio maxilar. Ressecção completa da lesão com descolamento através de cureta, além de broqueamento da região de inserção da lesão em parede laterossuperior e cauterização de região de hiperostose focal.

Paciente evoluiu sem queixas, com bom controle tomográfico pós operatório e sem sinais de recidiva da lesão.

Discussão: Papiloma invertido é uma neoplasia nasossinusal, de origem epitelial, benigno, mas de caráter invasivo. Acomete principalmente indivíduos do sexo masculino, entre a 5ª e 6ª décadas de vida. A manifestação clínica é variável, podendo se apresentar com obstrução nasal unilateral, epistaxes e rinossinusites de repetição. Além da anamnese e exame físico otorrinolaringológicos, exames complementares como videonasofibroscopia, tomografia e ressonância magnética de seios da face são úteis para o diagnóstico, avaliação da extensão, origem e relações anatômicas da lesão, auxiliando na escolha do tratamento, que é predominantemente cirúrgico.

A escolha da técnica cirúrgica deve ser individualizada para cada paciente, pois depende de fatores como extensão e localização da lesão, além das particularidades anatômicas de cada paciente. Os pacientes submetidos à ressecção cirúrgica devem ser submetidos a avaliações regulares a fim de detectar possível recidiva da lesão. No caso relatado temos um paciente masculino que foi submetido à ressecção endoscópica convencional, apresentando recidiva do tumor, sendo optado por reabordagem com técnica de acesso pré lacrimal ao seio maxilar, permitindo ressecção da lesão por completo, desde sua inserção em parede laterossuperior.

Comentários finais: O tratamento do papiloma invertido é preferencialmente cirúrgico, com ressecção completa da lesão. A escolha da técnica depende da localização, inserção, extensão, fatores individuais como variações anatômicas e cirurgias nasossinuais prévias. O acompanhamento regular de pacientes no pós-operatório, mesmo a longo prazo, é de suma importância devido à potencial recorrência do tumor.

Palavras-chave: acesso pré lacrimal; papiloma invertido; recidiva.

TCP11204 RELATO DE CASO: SCHWANOMA NASAL

Autor principal: FÁBIA LÍVIA RAMOS BRILHANTE DE FRANÇA

Coautores: HENRIQUE COUTINHO OLIVEIRA, ISAURA RAQUEL NOGUEIRA DE MEDEIROS, YURI FERREIRA MAIA, RENATA LISBOA BERGAMO

Instituição: SOS Otorrino

Apresentação do caso: A.E.S.S, 17 anos, feminino, deu entrada no serviço de urgência de otorrinolaringologia com queixa de epistaxe. Relatou também obstrução nasal unilateral há alguns meses, cefaleia e edema facial. À rinoscopia anterior, presença de massa de aspecto violáceo, consistência amolecida, bastante friável e indolor à palpação, ocluindo a fossa nasal esquerda. Na tomografia de seios da face, apresentou conteúdo de densidade de partes moles em fossa nasal esquerda, com alargamento do complexo óstio-meatal, espessamento em seio maxilar esquerdo e estrutura óssea preservada. Foi optado por tratamento cirúrgico endonasal com retirada de toda lesão. O histopatológico e imuno-histoquímica da peça evidenciou schwanoma nasal benigno. Após 9 meses não havia evidência de recidiva local.

Discussão: Os schwannomas são neoplasias benignas originadas das células de Schwann e que não apresentam predileção por idade, sexo ou raça, mas é mais comum acima de 20 anos de idade. É um tumor de evolução lenta e ricamente vascularizado. Com quadro clínico bastante variável, dependendo do local e tamanho da lesão, podendo apresentar obstrução nasal, epistaxe, rinorreia, cefaleia, hiposmia e edema facial. O diagnóstico pode ser confirmado pelo anatomopatológico e imuno-histoquímica, tendo a excisão cirúrgica como tratamento de escolha.

Comentários: Mesmo com baixo risco de malignização, Schwannomas são extremamente raros na cavidade nasal e seios paranasais (4%) e apresentam sintomatologia inespecífica, sendo importante a realização do diagnóstico precoce e diferencial com outras massas nasais, como neurofibroma, por exemplo, impactando diretamente na qualidade de vida do paciente

Palavras-chave: Schwannoma nasal; epistaxe; obstrução nasal.

TCP11205 MUCORMICOSE PÓS COVID-19: RELATO DE CASO

Autor principal: FÁBIA LÍVIA RAMOS BRILHANTE DE FRANÇA

Coautores: HENRIQUE COUTINHO OLIVEIRA, ISAURA RAQUEL NOGUEIRA DE MEDEIROS, RENATA LISBOA BERGAMO, YURI FERREIRA MAIA

Instituição: SOS Otorrino

Apresentação do caso: C. C. S, 70 anos, masculino, procurou um serviço de otorrinolaringologia devido a quadro de rinorreia fétida e cefaleia de forte intensidade refratária a opioides há cerca de 10 dias. Há um mês e meio antes do início dos sintomas atuais, apresentou quadro de infecção por covid-19, com tomografia de tórax mostrando de 25-50% de acometimento pulmonar e dessaturação de oxigênio, necessitando de internação hospitalar, além de desenvolver quadro de diabetes mellitus descompensado e hipertensão arterial durante evolução da doença. À videoendoscopia nasal, foi visualizado edema nasal generalizado, crostas e áreas de necrose em septo nasal e concha média bilateralmente e secreção purulenta fétida em todo meato médio. Na tomografia de seios da face, evidenciou presença de velamento em seios esfenoidais e etmoidais bilateralmente. Foi feita internação e realização de cirurgia endoscópica nasal com desbridamento amplo dos tecidos afetados e colhido material para realização de biópsia, cultura bacteriana e fúngica. O anatomopatológico apresentou hifas em submucosa compatível com zigomicetos e micologia positivo para mucormicose, sendo iniciado a anfotericina b o mais precoce possível e controle da doença de base. Após 6 semanas de internação, recebeu alta com boa evolução do quadro e está em acompanhamento ambulatorial.

Discussão: A mucormicose é uma doença potencialmente fatal que ocorre em indivíduos imunodeprimidos e pode ser causada por diversos organismos fúngicos, como os Zygomycetos (Rhizopus, Mucor, Rhizomucor) e as espécies de Aspergillus. A maioria dos sintomas resulta de lesões necróticas invasivas no nariz e no palato, como no caso exposto.

Comentários finais: Devido à alta taxa de mortalidade (20-80%), o diagnóstico precoce, com doença restrita à cavidade nasal, associado à um bom controle da imunossupressão e uma boa ressecção cirúrgica, impactou positivamente no prognóstico e sobrevida.

Palavras-chave: mucormicose; imunossupressão; Covid-19.

TCP11206 AVALIAÇÃO TOMOGRÁFICA DE SEIOS PARANASAIS: SCORE DE LUND-MACKAY E ASSOCIAÇÕES RADIOLÓGICAS

Autor principal: JESSICA ECHEVERRIA

Coautores: MARCO CESAR JORGE DOS SANTOS, ROBERTO HYCZY RIBEIRO FILHO, HENRIQUE FURLAN PAUNA, EDUARDA BIRCK LOH, FABRICIO MACHADO PELICOLI, MARIA ISABEL GUILHEM SANTOS, LUCAS DEMETRIO SPARAGA

Instituição: Hospital Universitário Cajuru

Introdução: A rinossinusite crônica tem como um dos achados mais comuns da tomografia computadorizada dos seios da face a opacificação da cavidade, a qual pode ser avaliada através do Score de Lund Muckay. Além de constituir um componente importante na abordagem da rinossinusite crônica, a tomografia permite também a identificação de variações anatômicas nasossinusais. Apesar de o papel das variações anatômicas nasossinusais na gênese da sinusopatia ainda ser controverso, sabe-se que estas podem desviar e comprimir as estruturas do complexo ostiomeatal, provocando ou agravando o quadro patológico.

A concha média bolhosa (CMB) é a variação anatômica mais comum descrita em tomografias computadorizadas de seios paranasais, representando, em alguns casos, apenas um achado tomográfico incidental e, em outros, uma importante causa de obstrução à drenagem dos seios paranasais. A identificação desta condição através de exame de imagem é capaz de aprimorar o planejamento pré-operatório e sua abordagem cirúrgica pode contribuir no tratamento da obstrução nasal, enquanto quando não identificada, a presença da concha média bolhosa ou a não abordagem cirúrgica dela, pode acarretar em prejuízo no resultado final da abordagem terapêutica da queixa obstrutiva nasal.

Objetivo: O objetivo deste estudo é analisar retrospectivamente 231 exames de tomografia computadorizada de seios paranasais para calcular a prevalência de concha média bolhosa na população em questão. Avaliar a associação com desvio de septo nasal, aplicar o escore de Lund-Mackay, bem como identificar a presença de espessamento mucoso do seio maxilar e correlacionar tais achados com a presença desta variação anatômica. Dados epidemiológicos dos pacientes e características da CMB também serão levantados.

Os exames foram realizados em caráter ambulatorial ou durante atendimentos de urgência e emergência, independentemente de queixas nasossinusais, vinculados ao Hospital Universitário Cajuru, um hospital terciário na cidade de Curitiba.

Deste modo, com as informações geradas no estudo, será verificada a associação entre a presença de CMB com desvio de septo nasal e espessamento maxilar, além de uma maior pontuação no escore de Lund-Mackay quando comparado a pacientes sem a presença da sua pneumatização.

Material e Método: Análise radiológica de 231 tomografias computadorizadas de seios paranasais, realizadas no departamento de imagem do Hospital Universitário Cajuru, coletadas informações sobre a epidemiologia dos pacientes, características da CMB, associação ou não com desvio de septo nasal, espessamento maxilar e graduação no escore de Lund-Mackay. Foram excluídos os exames de pacientes com idade inferior a 18 anos completos e com diagnóstico de fratura das paredes dos seios paranasais, por representarem um viés na análise do exame.

Resultados: Foram analisadas 231 tomografias computadorizadas de seios paranasais de pacientes do Hospital Universitário Cajuru de Curitiba, sendo 145 (63%) destas correspondentes a pacientes do sexo masculino e 85 (37%) a pacientes do sexo feminino.

Resultados preliminares no estudo mostram que foi observada a presença de CMB em 103 tomografias incorrendo em uma prevalência de 44,8% nesta amostra. Destes 31 apresentaram CMB à direita, 23 à esquerda e 49 apresentaram a alteração bilateralmente.

O desvio de septo nasal foi observado em 207 exames, representando 90% deles. Demais análises estatísticas contendo a associação de desvio de septo, com a presença de concha média bolhosa, bem como as respectivas associações se encontram em fase de análise e serão descritas ao término do estudo.

Palavras-chave: concha média bolhosa; desvio de septo; tomografia computadorizada de seios paranasais.

TCP11207 ADENOCARCINOMA NASOSSINUSAL: UM IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Autor principal: FERNANDA TEIXEIRA PACIFICO

Coautores: CAROLINA DA FONSECA BARBOSA CABRAL, CAMILA SUICA DO NASCIMENTO, DAYANNE ALINE BEZERRA DE SÁ, RAQUEL FERREIRA MOREIRA, BÁRBARA MONTEIRO PASSOS, FERNANDA HATAB DE CASTRO

Instituição: Casa de Saúde Santa Marcelina

Apresentação do caso: DMSS, sexo feminino, 37 anos, procedente e residente de São Paulo/SP, buscou o serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Santa Marcelina com queixa de obstrução nasal bilateral há aproximadamente 3 anos, associada a rinorreia purulenta de fossa nasal direita, de odor fétido, contínua. Paciente apresentava antecedente de abuso crônico de cocaína por inalação. Negou exposição ocupacional a pó de madeira. À rinoscopia anterior, visualizava-se lesão tumoral hiperemiada friável obstruindo toda fossa nasal direita. Tomografia computadorizada de cavidade nasal e seios paranasais evidenciava extenso material com baixos coeficientes de atenuação pelos recessos esenoetmoidais, de aspecto polipoide em fossa nasal, com área calcificada de permeio obliterando rinofaringe, associada a discreta erosão de trabéculas etmoidais bilaterais. Notando-se também espessamento mucoso de todas as cavidades paranasais. Realizou-se biópsia incisional de conteúdo de fossa nasal direita ambulatorialmente. O estudo anatomopatológico revelou perfil imunohistoquímico associado ao aspecto histológico consistente com adenocarcinoma bem diferenciado de padrão intestinal de fossa nasal, com baixo índice de proliferação celular.

Discussão: Os tumores malignos nasossinusais são tumores raros e representam 3% dos tumores de cabeça e pescoço, sendo os tumores de origem epitelial responsáveis por 75% dos casos. Entre eles, classifica-se o adenocarcinoma, entidade geralmente diagnosticada em estágios avançados e que possui Apresentação clínica inicial inespecífica, podendo simular processos inflamatórios crônicos. Epidemiologicamente, acomete principalmente homens entre 50-60 anos e seus fatores predisponentes são exposição a solventes na indústria de sapatos e pó de madeira. Majoritariamente acomete cavidade nasal e etmoide. E quanto à histologia, os adenocarcinomas são chamados tipo intestinal, pois suas células são semelhantes às das neoplasias intestinais.

Comentários finais: Embora os tumores malignos nasossinusais sejam raros, salienta-se a necessidade de diagnóstico anatomopatológico preciso para condução adequada de cada caso, a fim de precocemente detectar a ocorrência dessa patologia.

Palavras-chave: adenocarcinoma nasossinusal; tumores malignos; obstrução nasal.

TCP11208 CORPO ESTRANHO APÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NA CAVIDADE NASAL: UM RELATO DE CASO

Autor principal: VANESSA SILVA SOLEDADE

Coautores: VALMIR TUNALA JUNIOR, MARCELL DE MELO NAVES, LAÍSA NUNES KATO, LARA FRANCO ALMEIDA, JESSICA FERREIRA FRANCO

Instituição: Uberlandia Medical Center

Apresentação do caso: Paciente masculino, 70 anos, procurou atendimento médico há 4 anos por queixa de cefaleia de forte intensidade, com diagnóstico de lesão retro-orbitária. O paciente foi encaminhado ao otorrinolaringologista no município de origem para biópsia via endonasal, realizada em 2019, com resultado conclusivo para Linfoma não Hodgkin. No pós-operatório imediato, paciente relata sangramento importante, com necessidade de nova abordagem cirúrgica, evoluindo bem após.

Foi submetido ao tratamento oncológico e, durante o seguimento, apresentou obstrução nasal progressiva com captação nasal ao PET-CT na segunda metade de 2021. Nessa ocasião, foi encaminhado ao nosso serviço para avaliação, sendo realizada videonasofibrosopia que revelou crosta obliterando toda a cavidade nasal esquerda. Durante o exame, optado por retirada da crosta, que se revelou como um corpo estranho de cerca de 15cm, embebido por secreção purulenta e com odor fétido, conforme mostra a imagem 1. Realizada lavagem da cavidade nasal, com nova videonasofibrosopia que mostrou estado pós-operatório, sem lesões.

Paciente prosseguiu com seguimento oncológico e, no início de 2022, em exame de imagem subsequente, apresentou lesão expansiva em região do seio esfenóide esquerdo com aparentes áreas de erosão óssea. O caso foi discutido com a equipe de radiologia e oncologia, com suspeita de lesão inflamatória, não podendo descartar nova lesão neoplásica. Foi indicada nova abordagem endonasal, na qual foi encontrada lesão aparentemente cística e encapsulada no seio esfenoidal esquerdo que, quando aberta, mostrou secreção hialina espessa, além de corpo estranho.

Discussão: A definição de corpo estranho nasal é qualquer objeto inanimado que esteja presente na cavidade nasal. A maioria dos casos são em faixa etária pediátrica, mas há relatos em adultos com distúrbios de comportamento, com déficit cognitivo ou por cirurgias prévias. A reação do corpo para conter um corpo estranho se inicia com o processo inflamatório até a formação de um granuloma, podendo evoluir para formação de um rinólito. Pode ser inicialmente assintomática, o que não exclui seus malefícios ao paciente. O diagnóstico correto é crucial para o tratamento, devendo o otorrinolaringologista fazer a avaliação do caso e descartar outros diagnósticos, bem como remover o corpo estranho por completo com instrumentais adequados.

Comentários finais: Complicações decorrentes do esquecimento de corpos estranhos em atos operatórios são eventos adversos com potencial de trazer serias consequências ao paciente. A revisão do sítio cirúrgico no ato intra operatório e a contagem de algodões e gases são procedimentos imprescindíveis para a segurança do paciente, reduzindo risco de tais eventos ocorrerem. Ainda que tais medidas sejam tomadas, essas situações ainda podem ocorrer, e é importante que relatos de casos como esse sejam publicados para auxiliar na definição de conduta. Porém observa-se que a literatura apresenta uma pobreza de casos relacionados a esse tema, provavelmente devido as questões médico-legais envolvidas nessas situações.

Palavras-chave: corpo estranho nasal; pós procedimento cirúrgico.

TCP11209 ASPECTOS CLÍNICOS E TOMOGRÁFICOS DA SÍNDROME DE CHARGE: RELATO DE CASO

Autor principal: GABRIEL MARCELO REGO DE PAULA

Coautores: MARIANE SORIANO DUARTE PRADO TENÓRIO, YASMIM PEREIRA GONÇALVES, GUSTAVO CEDRO SOUZA, GABRIEL NEVES FARIAS, LAIS DE MACEDO ROCHA, DANIEL LOPES DE OLIVEIRA, THAYS FERNANDA AVELINO DOS SANTOS

Instituição: Hospital Veredas

Apresentação do caso: Sexo feminino, 2 anos, acompanhada no serviço de otorrinolaringologia, foi admitida no serviço de radiologia para realização de estudo tomográfico de face e seios paranasais dada hipótese diagnóstica de atresia bilateral de coanas. À realização de exames complementares, constatou-se TC face (08/20) com sinais de atresia óssea bilateral das coanas associada a malformação de estruturas da linha média (fenda palatina e persistência do canal crânio-faríngeo) e aparente fenestração da foice cerebral e malformação do corpo caloso. Nova exame tomográfico de seios paranasais (01/22) mostrou atresia óssea bilateral das coanas, malformação de partes da linha média (fenda palatina e persistência do canal crânio-faríngeo), septo nasal descontinuado anteroinferiormente, defeito focal posterior dos globos oculares, com herniação vítrea (coloboma), e sinusopatia maxilar e etmoidal agudizadas, achados esses compatíveis com Síndrome de CHARGE.

Discussão Do Caso: A síndrome CHARGE compreende uma associação não-aleatória de anomalias que incluem coloboma de iris, cardiopatia congênita, atresia de coanas, retardo no crescimento e desenvolvimento, anomalias genitais e no pavilhão auricular/surdez. Trata-se de uma condição rara, de prevalência pouco descrita na literatura, mas com estudos sugerindo valores entre 0,1-1,2/100.000 nascidos vivos. A etiologia remete mutação dominante e esporádica no gene CHD7 que conduz a uma alteração na migração das células da crista neural, e consequentemente uma interação anormal com o prosencéfalo, mesencéfalo e rombencéfalo. O diagnóstico da síndrome de CHARGE é realizado primariamente a partir dos aspectos clínicos, divididos em critérios maiores e menores: os maiores são o coloboma ocular, a atresia de coanas e as anomalias do pavilhão auricular. Já os critérios menores incluem disfunção rombencefálica (anomalias do tronco cerebral e nervos cranianos), disfunção hipotálamo-hipofisário, malformações da orelha interna/externa, malformação de órgãos mediastinais (coração, esôfago) e atraso cognitivo. Uma anamnese completa e exame físico bem realizado são cruciais, uma vez que o diagnóstico, seguido de intervenção precoce, pode melhorar a qualidade de vida do paciente.

Comentários finais: Potenciais manifestações a nível otológico, rinológico, oral e faringolaríngeo estão incluídas no espectro da síndrome de CHARGE de modo que o acompanhamento a esses pacientes deve ser feito por equipe multidisciplinar, sobretudo composta por otorrinolaringologistas, oftalmologistas, cardiologistas e pediatras. Exames de imagem realizados por equipe capacitada, sobretudo quando indisponível teste genético, tem importância crucial, uma vez que o diagnóstico assertivo, seguido de intervenção precoce, influi diretamente qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: charge; rinologia; tomografia.

TCP11210 ENCEFALOCELE FRONTO-ETMOIDAL: UM RELATO DE CASO

Autor principal: GABRIEL MARCELO REGO DE PAULA

Coautores: MARIANE SORIANO DUARTE PRADO TENÓRIO, YASMIM PEREIRA GONÇALVES, GUSTAVO CEDRO SOUZA, GABRIEL NEVES FARIAS, LAIS DE MACEDO ROCHA, DANIEL LOPES DE OLIVEIRA, AECIO DE ALBUQUERQUE LINS PORTO

Instituição: Hospital Veredas

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 64 anos, foi admitido no serviço de radiologia para realização de estudo tomográfico de crânio devido hipótese diagnóstica de rinossinusopatia crônica com polipose nasal. A TC de crânio (07/21) evidenciou falha óssea ao nível da porção anterior da fossa craniana anterior, do lado esquerdo, acometendo a lâmina crivosa, com cerca de 1,3 x 0,9 cm, com insinuação de material de densidade heterogênea compatível com meninges, líquido e parênquima encefálico, medindo 4,3 x 3,3 x 2,7 cm, quadro sugestivo de meningoencefalocele em fossa anterior.

Discussão Do Caso: As meningoencefalocelos são malformações que surgem por herniação da duramater e tecido cerebral, através de um defeito ósseo. A encefalocele fronto-etmoidal resulta de um defeito ósseo congênito na lâmina crivosa do etmoide e tende a se localizar na cavidade nasal, geralmente próxima ao septo e medial à concha média. Trata-se de uma afecção rara, principalmente em adultos, com incidência aproximada de 1: 35.000 nascidos vivos. Pode ser confundida com inúmeras afecções, como polipose nasal, gliomas e rinopatia irritativa unilateral, contribuindo para diagnósticos errôneos e manejos inapropriados, que podem levar a fístulas liquóricas, infecções ascendentes, meningites de repetição e abscessos cerebrais, e conferindo prognóstico reservado. Exames de imagem são essenciais para o diagnóstico. Em lesões polipoides unilaterais, principalmente em crianças pequenas, deve-se considerar a possibilidade de meningoencefalocele e, portanto estão contra-indicadas punção, biópsia ou mesmo ressecção parcial da lesão. Quando o diagnóstico não for feito na infância, a tomografia computadorizada é essencial para estudar anatomia regional, uma vez que, ao contrário da polipose nasal, tem aderência no septo, ou está presente junto a linha média. O tratamento desta afecção é cirúrgico, por método endoscópico ou por via externa.

Comentários finais: Cabe ressaltar que as encefalocelos, ao contrário dos pólipos e gliomas nasais, são compressíveis e pulsáteis, expandindo-se durante o choro ou à compressão das veias jugulares (sinal de Furstenberg). Além disto, os pólipos raramente ocorrem em recém-natos. Em relação à localização, os pólipos situam-se lateralmente à concha média nasal, enquanto a localização de uma encefalocele é, geralmente, média. A abordagem anatômica das encefalocelos anteriores por exames de imagem facilita seu entendimento, bem como possibilita o diagnóstico precoce da má-formação, prevenindo-se então as possíveis complicações de uma abordagem terapêutica inadequada.

Palavras-chave: encefalocele; fronto-etmoidal; anterior.

TCP11211 ABSCESSO CEREBRAL FRONTAL SECUNDÁRIO À PANSINUSITE CRÔNICA AGUDIZADA: RELATO DE CASO

Autor principal: RAFAEL BUSTAMANTE DE CASTRO

Coautores: JOSÉ VICTOR LIMA FIGUEIREDO, LIZANDRA FUJITA DE PAULA PESSOA, IAGO DE FREITAS RIBEIRO, YURE ALBUQUERQUE MACHADO, LIVIA MARIA TOMAZ DA SILVEIRA, ERIKA FERREIRA GOMES

Instituição: Hospital Geral de Fortaleza

Apresentação do caso: Mulher, 33 anos, previamente hígida, encaminhada ao Hospital Geral de Fortaleza com histórico de piora de intensidade de cefaleia aguda persistente, predominantemente frontal, associado a náuseas, foto/fonofobia, febre, rigidez nuchal e crises convulsivas tônico-clônicas inéditas, evoluindo após com rebaixamento do nível de consciência, ainda em unidade de origem, onde já fora iniciado antibioticoterapia, corticoide sistêmico e anticonvulsivante. Foi referido que, há cerca de 15 dias da piora clínica, a paciente se queixava de cefaleia, rinorreia, congestão nasal e tosse produtiva, além de alterações comportamentais e de humor. Teste rápido para COVID-19 negativo. TC de seios da face: pólipos maxilar direito ocupando e alargando o infundíbulo etmoidal homolateral; sinusopatia aguda frontal à direita e etmoidal direita, caracterizado pelo preenchimento por material com baixa nos níveis de atenuação, associado à nível líquido. RM de crânio: coleção subdural frontal à direita com espessura máxima de 6mm, exibindo restrição à livre movimentação das moléculas da água, podendo estar associado a empiema/abscesso; pansinusopatia; otomastoidopatia inflamatória direita. Neurocirurgia indicou tratamento conservador para o abscesso cerebral. A paciente foi operada, com os seguintes achados: desvio septal obstrutivo nas áreas II a IV de Cottle à direita, comprimindo meato médio, o qual apresentava secreção purulenta; seios maxilar e frontal direitos com abundante secreção purulenta; mucosa espessa e degenerada em seios etmoidais, frontal, esfenoidal e maxilar direitos, sem aparentes características fúngicas. Foi realizada septoplastia, turbinectomia parcial inferior bilateral, etmoidectomia anteroposterior, sinusotomias maxilar, frontal (Draf 2A) e esfenoidal direitas. A cultura de secreção nasal colhida durante a cirurgia evidenciou *Staphylococcus aureus* multissensível. Após a cirurgia, a paciente evoluiu com melhora clínica importante, afebril, com controle algico completo de cefaleia e sem novas convulsões. Foi completada antibioticoterapia por 4 semanas e realizada nova RM de crânio após este período, a qual mostrou regressão considerável do abscesso, podendo ser programada a alta hospitalar.

Discussão: As rinossinusites podem cursar, em cerca de 15-20% dos casos, com complicações intracranianas, dentre as quais o abscesso cerebral, perfazendo 10% dos fatores desencadeantes deste, o qual decorre principalmente de rinossinusite em seio frontal e se forma devido tromboflebite e por meio de implantação séptica em áreas que apresentam fluxo venoso lentificado. O seio frontal tem uma importância maior por ser tido como uma zona de silêncio clínico e, por isso, manifestando sintomas incertos. Em geral, os pacientes apresentam febre, déficits neurológicos focais e cefaleia, além de hipertensão intracraniana, crise convulsiva, enfermidades sensoriais e alteração visuais, embora os sintomas focais e o aumento da pressão intracraniana surjam tardiamente, podendo levar ao coma. Na RM pode ser visualizada lesão circular de centro hipodenso em T1 com intensa captação anelar do contraste e hiperintensa em T2. São diagnósticos diferenciais do abscesso cerebral: metástases cerebrais e glioblastoma multiforme. A punção líquórica está contraindicada nesta patologia pelo risco de descompressão e herniação cerebral, com risco de evolução para óbito. O tratamento empírico inicial dos abscessos cerebrais é com ATB de amplo espectro, por 4 a 8 semanas, com cefalosporina de 3ª geração, associado a metronidazol. A maioria dos abscessos cerebrais, afecção com elevada morbimortalidade, necessita de cirurgia, sendo recomendado a drenagem por craniotomia ou por punção, associado com drenagem do seio paranasal acometido.

Considerações Finais: O presente relato evidencia uma complicação intracraniana potencialmente grave de uma rinossinusite, com abordagem nasoendoscópica efetiva que, somada à antibioticoterapia endovenosa, culminou com significativa melhora clínica e regressão de abscesso cerebral, a despeito de conduta neurocirúrgica conservadora.

Palavras-chave: abscesso cerebral; rinossinusite; complicação intracraniana.

TCP11212 PREVALÊNCIA DE CÉLULAS FRONTAIS SEGUNDO A “INTERNATIONAL FRONTAL SINUS ANATOMY CLASSIFICATION”

Autor principal: RUTH ELLEN FERNANDES DE CASTRO DANTAS BRAZ

Coautores: EMERSON TARO INOUE SAKUMA, VINICIUS SILLES BRANDÃO MACHADO, MARIANA DALBO CONTRERA TORO, EULALIA SAKANO

Instituição: Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

Objetivos: Estudar a prevalência de cada tipo de célula frontal, de acordo com a “*International Frontal Sinus Anatomy Classification (IFAC)*”, em população adulta e sem doença nasossinusal, atendida pelo Hospital das Clínicas da Universidade de Campinas, através de estudo tomográfico de seios paranasais, além de observar a confiabilidade da classificação entre observadores e comparar a prevalência dessas células com a de outros países.

Métodos: Foram avaliados 103 exames de tomografia computadorizada de seios da face presentes no banco de dados de imagens do Hospital de Clínicas da UNICAMP, realizados entre janeiro de 2020 e junho 2021. Para critérios de inclusão, foram considerados exames realizados em pacientes a partir de 18 anos, tomografias computadorizadas com cortes finos, que permitam reconstrução triplanar através de visualizador de imagem DICOM. Foram excluídos da análise os exames de pacientes com histórico de rinossinusite crônica, cirurgia endonasal prévia, presença de anomalias genéticas craniofaciais ou de trauma de face. Cada exame foi avaliado de forma independente por três pesquisadores experientes (dois radiologistas e um otorrinolaringologista com treinamento em rinologia), sendo os exames analisados em cortes coronal, sagital e axial. Foi avaliada a prevalência de cada tipo de célula frontal, e foi estabelecido a concordância entre os avaliadores, através do Coeficiente de Correlação Intraclass (ICC).

Resultados: 103 exames tomográficos, totalizando 206 lados, foram avaliados de forma independente. A célula agger nasi foi a mais prevalente, presente em 95,63% dos casos, ICC 0,94 (95% Intervalo de confiança (IC): 0,925-0,953); 37,86% dos exames continham célula supra agger, ICC 0,866 (95% IC: 0,830-0,896); célula supra agger frontal apresentou prevalência de 37,37%, e ICC 0,884 (95% IC: 0,854-0,909); célula supra bular estava presente em 77,18%, ICC 0,782 (95% IC 0,685-0,846). Quanto à célula supra bular frontal, a prevalência foi de 30,09%, ICC 0,776 (0,709-0,828); a célula etmoidal supra orbitária estava presente em 32,03% dos casos ICC 0,876 (95% IC 0,842-0,904) e célula frontal septal com 66,99% de prevalência, ICC 0,901 (95% IC 0,973-0,924). O ICC entre os avaliadores foi classificado como “boa confiabilidade” ou “excelente confiabilidade” para todas as células.

Discussão: A classificação das células frontais de acordo com IFAC busca promover uma padronização e reprodutibilidade para a classificação do seio frontal, muito susceptível a variações anatômicas. Esta padronização facilita as publicações na área, assim como estudo e treinamento nas cirurgias endoscópicas e funcionais do seio frontal. O ICC obtido demonstrou boa a excelente confiabilidade entre os avaliadores independentes. A maior prevalência das células de localização anterior, assim como maior confiabilidade de classificação entre os avaliadores, pode estar relacionado a uma maior facilidade em identificar a referência anatômica do “*frontal beak*”. Na literatura, a maior variabilidade entre os estudos ocorre na prevalência da célula etmoidal supraorbitária e da frontal supra bular. Contudo em comparação com trabalhos asiáticos, europeus e norte-americanos, a prevalência entre as diferentes células se mostrou heterogênea, destacando a importância da avaliação das particularidades na população brasileira.

Conclusão: Esse estudo demonstrou a prevalência das células de acordo com a “*International Frontal Sinus Anatomy Classification*” na população brasileira em um hospital terciário. O uso da IFAC se mostrou uma ferramenta útil e precisa para o estudo anatômico do seio frontal, e apresentou adequada reprodutibilidade de classificação entre os avaliadores.

Palavras-chave: anatomia do seio frontal; tomografia computadorizada; ifac.

TCP11213 OSTEOMA FRONTO-ETMOIDAL EM ADOLESCENTE ASSOCIADO A PROPTOSE: RELATO DE CASO

Autor principal: MAÍRA SOARES TORRES

Coautores: ANA FLÁVIA MOREIRA CAMPOS, LUCAS MARCONDES SPEGIORIN, JOÃO VITOR LIMA BUENO, MARIANA DE CASTRO MACHADO, GIANCARLO BONOTTO CHEROBIN, ROBERTO EUSTAQUIO SANTOS GUIMARAES, ISAMARA SIMAS DE OLIVEIRA PENA

Instituição: Hospital das Clínicas da UFMG

Relato: Trata-se de jovem do sexo masculino, com 18 anos, com queixa de proptose a esquerda e cefaleia progressivas há cerca de 5 anos, associados a obstrução nasal a esquerda. Ao exame, paciente apresentava importante exoftalmia do olho esquerdo, movimentação ocular extrínseca e acuidade visual preservadas. Foi realizada nasofibroscopia que evidenciou abaulamento em teto da fossa nasal esquerda com restrição do espaço do recesso frontal. Foi solicitada tomografia computadorizada que mostrou lesão hiperdensa e homogênea acometendo os seios frontal e etmoidal esquerdos, em contato com a base anterior do crânio, sem invasão intracraniana, estendendo-se para assoalho e teto da órbita esquerda, com diagnóstico de osteoma nasossinusal. Diante do prejuízo funcional e estético, foi optado por exérese da lesão por via combinada. Foi realizado DRAF 3 combinado com acesso externo pela incisão de Lynch para broqueamento de toda a lesão. O paciente evoluiu bem após o procedimento, com melhora das queixas.

Discussão: O osteoma é a neoplasia benigna mais frequente dos seios paranasais. Acomete principalmente o seio frontal e etmoidal. Apresenta crescimento lento, discreta predominância no sexo masculino e normalmente é diagnosticado na 4ª década de vida como achado de exame de imagem. É recomendado tratamento cirúrgico da lesão quando há repercussão clínica ou deformidade estética. Por ser uma lesão benigna e, em sua maioria, assintomática, é recomendado prudência por parte do cirurgião frente à indicação de abordagem cirúrgica do osteoma. A exérese pode ser realizada por via externa, endoscópica ou combinada conforme o tamanho e a localização da lesão.

Comentários finais: Apesar de ser uma lesão benigna e normalmente assintomática, dependendo de sua localização e tamanho, o osteoma pode obstruir a drenagem do seio frontal, predispondo a formação de mucocoele, deslocar o globo ocular, gerar deformidade estética e, inclusive, gerar distúrbios de oclusão dentária. Uma vez diagnosticado, deve ser realizado acompanhamento clínico-radiológico periódico do paciente para intervenção precoce em caso complicações estético-funcionais.

Palavras-chave: osteoma frontoetmoidal; exoftalmia; cefaleia.

TCP11214 CORRELAÇÃO ENTRE O SWAB NASAL COM O ANATOMOPATOLÓGICO E CULTURA DO TECIDO NA RINOSSINUSITE FÚNGICA

Autor principal: KARINA MEZALIRA

Coautores: MATHEUS TELES FARIA DE ARAÚJO, BRUNA SOARES GAZZETTA, FERNANDA WILTGEN MACHADO, CAIO VINICIUS SAETTINI

Instituição: Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo

Objetivo: O objetivo desse estudo é correlacionar o resultado da cultura do swab nasal com os Resultados da anatomopatologia (AP) ou cultura do tecido nasal afestado positivos, nos pacientes com suspeita de rinossinusite fúngica.

Método: Realizamos um estudo transversal, retrospectivo, a partir da análise de prontuários de pacientes que realizaram biópsia através da cirurgia endoscópica nasossinusal devido suspeita de rinossinusite fúngica, entre maio de 2020 a janeiro de 2022, no Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo. Foram incluídos no estudo os pacientes em que o resultado do anatomopatológico ou da cultura confirmaram a presença de fungo.

Os tecidos suspeitos de acometimento fúngico foram submetidos ao esfregaço do swab antes do início do procedimento. Depois, o mesmo tecido foi removido e enviado para exame anatomopatológico e cultura. Os procedimentos foram realizados sob visão endoscópica, em centro cirúrgico sob anestesia geral, e enviados para o mesmo laboratório de análise.

Resultado: Foram incluídos 11 pacientes no estudo, média de idade de 58 anos (35 - 84), em que o AP e/ou cultura confirmou a presença de fungos. Foram identificados em exames anatomopatológico e/ou cultura: 5 amostras com *Fusarium*, 2 com *Candida sp*, 1 com *Histoplasma capsulatum*, 1 com *Rhizopus oryzae*, 1 para *Alternaria* e 1 *Aspergillus sp*.

A correlação positiva entre a cultura do tecido ou anatomopatologia com a cultura do swab da secreção foi demonstrada em 2 das 11 amostras. Nesses 2 em que a correlação foi estabelecida, foram identificados, 1 swab positivo para *Aspergillus sp* e 1 para *Histoplasma capsulatum*. Além disso, 6 swabs apresentaram outros germes como *Staphylococcus sp* e *Pseudomonas aeruginosa*.

Discussão: A rinossinusite fúngica é uma infecção que causa significativa morbidade e mortalidade entre os pacientes. O aumento da incidência desta patologia ocorre devido ao maior número de pessoas imunodeprimidas, tanto por tratamento para câncer e transplante de órgãos como consequência de HIV, uso de antibióticos de amplo espectro, diabetes mellitus entre vários outros fatores.

O método de punção direta com aspiração e/ou biópsia da mucosa do seio maxilar tem sido empregado como padrão ouro na determinação dos microorganismos envolvidos na rinossinusite. Entretanto, é um procedimento desconfortável que requer anestesia geral. Por seu grau de dificuldade técnica, não é realizada por grande parte dos otorrinolaringologistas. Por outro lado, algumas técnicas menos invasivas para obtenção de culturas dos seios paranasais, como o swab nasal ou da nasofaringe, não são confiáveis pelo alto índice de contaminação por organismos colonizantes.

Os achados mencionados são compatíveis com a literatura, de que o swab não fornece um resultado confiável na detecção dos germes fúngicos e tem alta presença de contaminação por outros microorganismos.

Conclusão: O presente estudo reforça que pacientes com suspeita de rinossinusite fúngica devem ser submetidos a exames validados e confiáveis para identificação do patógeno. E que a cultura do swab nasal mesmo sendo um teste de fácil aplicabilidade não é confiável.

Palavras-chave: rinossinusite fúngica; método diagnóstico; swab.

TCP11215 RELATO DE CASO: HEMANGIOMA CAVERNOSO DE SEIO MAXILAR

Autor principal: MARIA VITTORIA DE MACEDO SIMEÃO BRASILEIRO

Coautores: AUGUSTO NIEHUES AVELAR, ALICE PEREIRA FERREIRA, JORGE BARRENECHE DOS SANTOS NETO, NILVANO ALVES DE ANDRADE, MARIANA MATOS DE ALMEIDA

Instituição: Hospital Santa Izabel

Relato de caso: Paciente, LVCC, feminino, 45 anos, com relato de epistaxe em fossa nasal direita há cerca de 02 anos, intermitente, autolimitada, com melhora espontânea, do tipo babação, associado a obstrução nasal. Evoluindo com piora dos sintomas há cerca de 2 meses, apresentando, parestesia em região de maxilar a direita associado a parestesia em arcada dentária superior, lacrimejamento e anosmia ipsilateral. Nega história de hemofilia, trauma e uso de anticoagulante, nega outros sintomas nasais associados. Nos antecedentes pessoais, refere esteatose hepática e hipertensão arterial. Nega tabagismo e etilismo. Ao exame físico nasal, apresentava lesão de aspecto regular, liso, ocupando toda fossa nasal direita, em contato com o septo. Sem demais alterações ao exame físico. Iniciado investigação com tomografia computadorizada de seios da face, com laudo: Material com densidade intermediária ocupando totalmente o seio maxilar direito determinando alargamento do infundíbulo etmoidal homolateral, e estendendo-se até a fossa nasal direita, sem nítidos planos de clivagem com as conchas nasais média e inferior, obliterando os meatos nasais deste lado, destacando-se ainda componente polipoide com extensão para a coana ipsilateral. Promove abaulamento e afilamento da parede óssea medial do seio maxilar direito, por vezes indefinida, e outro pequeno abaulamento focal na parede óssea anterior desde seio. A paciente foi submetida à cirurgia endoscópica nasal, com exereses completa da lesão de seio maxilar e da fossa nasal direita. Material amorfo, de aproximadamente 8 x 5,6 x 1,4 cm, pardocastanho, entremeado por áreas de necrose e coágulo sanguíneo. Anatomia da peça confirmou diagnóstico de hemangioma cavernoso nasosinusal.

Discussão: Os tumores benignos ¹ nasosinusais, como o ² hemangioma cavernoso é uma malformação congênita dos ³ seios paranasais rara, que pode se manifestar durante a vida adulta e não envolvem espontaneamente. Requer tratamento imediato, pois é perigoso para suas complicações, em especial, anemia. Isto é devido a sangramento freqüente e grave. Nenhuma complicação menos perigosa é a malignidade do tumor, na qual há risco de degeneração maligna do tumor. Embora uma entidade rara, o hemangioma cavernoso deve ser suspeitado nos casos de tumor dos ³ seios paranasais sangrantes, e o procedimento subsequente deve ser cirúrgico com remoção completa da lesão. Hemangiomas, histologicamente são divididos em dois tipos, capilares e cavernosos, dependendo do tamanho microscópico dominante dos vasos. Eles podem se originar da parede lateral da cavidade nasal ou da parede medial do seio maxilar. O quadro clínico dependerá da localização e do tamanho da lesão. As características clínicas principais são epistaxe persistente e obstrução nasal. Os achados radiológicos geralmente têm alterações comuns a lesões benignas nos exames de imagem. Hemangiomas dos seios paranasais são referidos como causadores de alterações no osso adjacente. Entretanto tem sido reportados casos de destruição óssea causada por hemangiomas de seios paranasais os quais podem fazer confusão diagnóstica com lesões malignas. Nesses casos a história clínica de epistaxe e obstrução nasal pode ajudar no diagnóstico.

Conclusão: O caso relatado e as evidências na literatura apresentam ² hemangiomas cavernosos como lesões benignas raras da cavidade nasal e ³ seios paranasais. Dentre as neoplasias ¹ nasosinusais, o diagnóstico diferencial com tumores malignos é de fundamental importância, pois se apresentam clínica e radiologicamente de forma muito semelhante. O tratamento do hemangioma cavernoso, é cirúrgico, sendo importante, em alguns casos, a angiografia pré-operatória e embolização pois a cirurgia ou até mesmo a biópsia pode resultar em perda de grande quantidade de sangue. Felizmente, não foi necessário neste caso. O sucesso da abordagem, teve em vista o estudo clínico e radiológico, a abordagem precoce e cirurgia endoscópica nasal com bom controle hemorrágico.

Palavras-chave: nasosinusais; hemangioma cavernoso; seios paranasais.

TCP11216 RINOSSINUSITE FÚNGICA INVASIVA COMPLICADA COM SÍNDROME DO ÁPICE ORBITÁRIO: RELATO DE CASO

Autor principal: DAVI LIMA MEDEIROS

Coautores: VITOR ARRAIS DE LAVOR MONTEIRO, RODRIGO AUGUSTO DE SOUZA LEÃO, PRISCILA REGINA CANDIDO ESPINOLA, MARCELO SOUSA REIS, JAMILY CINTHIA DE AMORIM UCHOA, MARIANNA DE CASTRO ARAÚJO LESSA, MARIA EDUARDA FARIAS BARBOSA

Instituição: Hospital Agamenon Magalhães

Apresentação do caso: M.J.A.C, 53 anos, sexo feminino, hipertensa, diabética, renal crônica em uso contínuo de corticoide, encaminhada para avaliação da otorrinolaringologia por quadro de dor facial e retro-orbitária há 3 semanas, evoluindo nos últimos 10 dias com ptose palpebral, paralisia da musculatura ocular extrínseca, ausência de reflexo fotomotor e amaurose a direita. Na videonasofibrosopia foram visualizadas crostas de aspecto necrótico ocupando vestibulo, septo nasal e destruição de corneto médio em fossa nasal direita. Oroscoopia com zona de necrose em palato duro. Tomografia de seios da face evidenciou material de aspecto inflamatório ocupando antros maxilares, seios frontal e esfenoidal e células etmoidais e áreas de descontinuidade septal. Diante da suspeita de rinossinusite fúngica invasiva complicada com Síndrome do Ápice Orbitário, foi internada para início de antibioticoterapia e antifúngico (Anfotericina B) venosos. Foi submetida a abordagem de desbridamento cirúrgico via endonasal com remoção das áreas de necrose em região de maxilar, etmóide anterior, posterior e asa do esfenóide. No intraoperatório foi visualizado que lesão se estendia do assoalho nasal à base de crânio, inviabilizando o desbridamento por completo. O material foi enviado para cultura fúngica com crescimento de filamentos micelianos compatível com a ordem Mucorales. Apaciente evoluiu com melhora do estado geral, apesar da persistência da progressão das áreas de necrose remanescentes. No 20º dia pós-operatório apresentou piora aguda de função renal, sendo submetida a diálise de urgência, complicando com congestão pulmonar e parada cardiorrespiratória, evoluindo a óbito após 24 dias de internamento.

Discussão: A mucormicose é uma infecção oportunista grave causada por fungos da classe Zygomycetes e ordem Mucorales. Acomete, principalmente, indivíduos imunodeprimidos. Existem diferentes formas de Apresentação clínica, sendo a rinocerebral a mais comum. O fungo inicia sua invasão pela mucosa nasal, progredindo para os seios da face, seguido de erosão do palato duro, órbita e cérebro. Os sintomas se iniciam com dor facial súbita ou orbital unilateral, muitas vezes com obstrução nasal e secreção nasal necrótica associadas. Pode ocorrer lesão lítica escura na mucosa nasal ou dorso do nariz, celulite orbitária e facial, febre, ptose palpebral, amaurose, oftalmoplegia e evolução para coma e morte. Desde o momento da admissão hospitalar, a paciente já apresentava grande comprometimento de estruturas nasossinusais e orbitais, evidenciando doença difusa. Os exames de imagem são fundamentais, sendo a tomografia computadorizada mais apropriada para diagnóstico e acompanhamento, podendo mostrar invasão tecidual e necrose, erosão óssea e trombose de seio cavernoso. A ressonância magnética é o melhor método para avaliar alterações vasculares precoces, além de determinar envolvimento intracraniano. No caso em questão, a utilização da imagem foi fundamental para definir extensão da lesão. O diagnóstico histológico baseia-se no achado de hifas não septadas ou com poucas septações. A suspeita clínica é indicativa de início de tratamento, não podendo ser retardado para aguardar resultado de exames. A abordagem terapêutica apoia-se na tentativa de estabilizar o quadro predisponente (etapa fundamental e de difícil realização neste caso devido a múltiplas comorbidades), promover o desbridamento cirúrgico (remover o máximo de tecido desvitalizado, além de estabelecer adequada drenagem sinusal) e dar início imediato à terapêutica antifúngica. A administração de anfotericina B deve ser usada em doses elevadas, que variam de 0,8 a 1,5 mg/kg/d, sendo consideravelmente nefrotóxica. A associação de anfotericina B com sulfato de colesterol (lipossomal) é capaz de reduzir a nefrotoxicidade, sendo uma opção em pacientes refratários ao tratamento convencional ou com doenças renais.

Comentários finais: Este trabalho teve o objetivo de relatar um caso de doença rara, mas de grande importância devido a sua elevada morbimortalidade e necessidade de diagnóstico e intervenção precoces na tentativa de evitar desfecho negativo.

Palavras-chave: mucormicose; anfotericina b; antifúngico.

TCP11217 RINOSSINUSITE AGUDA COMPLICADA COM ABSCESSO ORBITÁRIO: RELATO DE CASO

Autor principal: LUCAS MENDES SOARES

Coautores: PAULA MOREIRA NAVARRO ROCHA, MARCELO CHEMIN CURY, HASSANA DE ALMEIDA FONSECA, CARMEN ZAMPIROLE BRANDÃO, BETHINA SILVA BARRETO, THIAGO DE SOUZA SANTOS, RAQUEL ALMEIDA DE CAMPOS

Instituição: Hospital Federal dos Servidores do Estado

Apresentação do caso: M.L.H, 9 anos, masculino, portador de autismo e epilepsia, com história de resfriado comum há 15 dias, evoluindo com febre há 8 dias associado a edema palpebral e de conjuntiva em olho esquerdo. Neste período, buscou serviço de pronto atendimento médico sendo liberado com sintomáticos. Evoluiu com cefaleia e piora do edema, recorrendo a uma instituição hospitalar a qual indicou internação, antibioticoterapia venosa e solicitada tomografia computadorizada (TC) de crânio e órbita, além de exames laboratoriais. Foi transferido para o Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE) do Rio de Janeiro no quarto dia de ceftriaxona com vancomicina, primeiro dia de metronidazol e terceiro dia de dexametasona (0,5mg/kg/dia). Ao exame apresentou proptose, hiperemia de conjuntiva, imobilidade de globo ocular e déficit da acuidade visual em olho esquerdo restrita a percepção de luz.

À TC evidencia-se extensa densificação de tecido subcutâneo periorbitário, exoftalmia associando-se coleção com gás no seu interior, predominantemente no espaço extraconal, mas com alteração de densidade estendendo-se ao espaço intraconal à esquerda. Esta coleção de 4,0 x 2,8 x 1,5cm (vol 8,7cc) está em íntimo contato com teto da órbita e o músculo reto superior (deslocado inferiormente). Observa-se ainda fina lâmina hipodensa com realce periférico do meio de contraste no compartimento pré septal esquerdo, junto a porção ântero-lateral do globo ocular, com diminuto foco gasoso de permeio (coleção/abscesso). Sinusopatia fronto-etmoidal com discreta área de descontinuidade da lâmina papirácea esquerda.

O exame laboratorial mostrou leucocitose discreta sem desvio para esquerda e PCR 118.

No mesmo dia de admissão no HFSE foi indicada e realizada cirurgia em conjunto pela otorrinolaringologia e oftalmologia. O paciente foi submetido à sinusectomia etmoidal e drenagem de abscesso orbitário à esquerda, sem intercorrências, com envio de material para cultura e colocação de dreno hemovac com permanência de 24 horas. Permaneceu internado por oito dias para manutenção de antibioticoterapia venosa, recebendo alta hospitalar com esquema via oral e com melhora evolutiva de acuidade visual, com capacidade de contar dedos pelo olho afetado.

Discussão: As complicações das rinossinusites (RS) envolvem um conjunto de doenças inflamatórias/infecciosas que se estendem para além dos limites do nariz e dos seios paranasais. Dentre as complicações, as que mais se destacam pela frequência são as orbitárias, responsáveis por até 75% dos casos, principalmente em crianças.

A classificação das complicações da rinossinusite aguda mais aceita e utilizada é a proposta por Chandler, levando em consideração o septo orbitário, dividido- as em pré e pós septal.

O abscesso orbitário caracteriza-se pelo acúmulo de pus no conteúdo orbitário e manifesta-se pela presença de sinais flogísticos, proptose, oftalmoplegia, e amaurose pela compressão vascular e isquemia do nervo óptico cuja duração maior do que 90 minutos, pode levar a amaurose irreversível. O principal sítio de origem são as células etmoidais, seguido pelos seios maxilares e frontais. O diagnóstico das complicações orbitárias é clínico e radiológico. A acurácia do diagnóstico clínico é de cerca de 82% e aumenta para 91% quando associado à TC com contraste. A ressonância magnética (RM) pode ser solicitada como método complementar.

O tratamento é orientado pela classificação de Chandler e quando são encontrados abscessos orbitários, a cirurgia e exploração orbitária estão indicados de imediato.

Comentários finais: O caso relatado faz menção a uma doença comum no dia a dia do otorrinolaringologista e dos médicos generalistas e que em uma pequena parcela de pacientes evolui para complicações, graves e com potencial de causar sequelas e até mesmo óbito, reforçando a necessidade de um diagnóstico precoce e instituição de tratamento imediato. O caso revela uma complicação orbitária de rinossinusite aguda, com atraso na instituição do diagnóstico e tratamento, mas que apesar do potencial risco de sequela visual, obteve sucesso com a terapia cirúrgica multidisciplinar.

Palavras-chave: rinossinusite aguda; abscesso; órbita.

TCP11218 PAPILOMA INVERTIDO E SEU POTENCIAL DE MALIGNIZAÇÃO: UM RELATO DE CASO

Autor principal: ANA CAROLINA BISSACO TOLEDO

Instituição: ULBRA

Apresentação do caso: J.P., 55 anos, HIV positiva e tabagista consultou, no ambulatório do Hospital da Ulbra, por tumoração em fossa nasal direita de crescimento há aproximadamente 3 anos. Ao exame físico, evidenciava-se massa preenchendo fossa nasal direita. Solicitada tomografia computadorizada (TC) de seios da face com contraste, demonstrando lesão expansiva com densidade de partes moles com impregnação heterogênea pelo contraste, ocupando amplamente fossa nasal e seios paranasais à direita, com erosão parcial de estruturas ósseas, sinais de invasão da órbita e sem invasão aparente intracraniana. Realizada biópsia incisional que demonstrou papiloma invertido. Procedeu-se à cirurgia por acesso externo. Em resultado de anatomopatológico, a peça foi descrita como carcinoma epidermoide de provável origem em papiloma invertido. Paciente foi encaminhada para realização de radioterapia.

Discussão: O papiloma invertido (PI) é o tipo mais comum de papiloma nasossinusal. A incidência do PI é estimada de 0,2 a 1,5 casos por 100.000 pessoas anualmente. Ele é localmente agressivo e apresenta potencial de transformação maligna em aproximadamente 10% dos casos. Também apresenta alta taxa de recorrência (até 78%). A TC indica lesão no meato médio, usualmente associada a opacificação heterogênea e esclerose no osso adjacente. Áreas focais de hiperostose na TC correspondem ao local de implantação do tumor em quase 90% dos casos. Nas imagens de ressonância magnética (RM), o tumor apresenta circunvoluções cerebriformes, típicas de PI. Dentre as classificações existentes, a de Krouse é a mais utilizada. O estágio mais avançado, T4, é o mais associado com transformação maligna. Para o tratamento do PI, é necessária abordagem cirúrgica com objetivo de remover mucosa e mucoperiósteo acometidos. A terapia adjuvante mais comum é a radioterapia, que é reservada tipicamente para PI com transformação maligna após a ressecção completa.

Comentários finais: Apesar de o PI ser um tumor benigno, o potencial de malignização e a alta taxa de recorrência nos permitem classificá-lo como agressivo. Por tal motivo, é importante a abordagem cirúrgica ser ampla e remover o local de implantação do tumor, bem como realizar o seguimento adequado do paciente.

TCP11219 SCHWANNOMA DO CORNETO NASAL INFERIOR: RELATO DE CASO

Autor principal: DANIEL LUCAS PEREIRA DINIZ

Coautores: EMILIO SALVIANO NETO, REBECA HENRIQUE DAMASCENO, ANNA CAROLYNE ALVES DE LIMA

Instituição: Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte

Apresentação do caso: Paciente 19 anos, sexo masculino, natural de Barbalha (CE), com quadro de obstrução nasal à direita, de piora progressiva há 5 anos, que se intensificou nos dois últimos anos, apresentando deformidade da pirâmide nasal e recorrente sangramento exteriorizado pela fossa nasal direita. Ao exame físico, apresentava importante abaulamento em dorso nasal à direita, secundário a extensa lesão de superfície lisa e coloração violácea, que ocupava toda fossa nasal direita. A tomografia computadorizada evidenciava formação expansiva com densidade de partes moles em região anterior da cavidade nasal direita, que deslocava o septo nasal contralateralmente, embora sem destruição de limites ósseos. Foi optado por ressecção cirúrgica por via endoscópica, em que foi observado sua inserção na cabeça do corneto nasal inferior, sendo removido a lesão em monobloco. O exame histopatológico mostrou lesão proliferativa fusocelular bem diferenciadas com áreas Antoni A e Antoni B, além de simulacro de corpos de Verocay, sugerindo tratar-se de Schwannoma. O pós-operatório ocorreu sem intercorrências e, no decorrer de dez meses, não se observam sinais de recidiva no controle endoscópico e tomográfico.

Discussão: O envolvimento da cavidade nasal pelo schwannoma é muito raro (cerca de 70 casos descritos na literatura), sendo a maioria em adultos entre a quarta e sexta década de vida, o que diverge do nosso caso, em que o paciente tem 19 anos de idade. É um tumor benigno originado nas células de Schwann, das cristas neurais. Tem crescimento lento e, assim como outros tumores benignos nasais, não causam sinais e sintomas específicos, variando de acordo com a região anatômica acometida, podendo o paciente apresentar mais comumente obstrução nasal, sangramento nasal, hiposmia e deformidade nasal. Macroscopicamente pode apresentar-se mais comumente como massa acinzentada ou amarelada, facilmente sangrante. Apenas o exame anatomopatológico é definitivo do seu diagnóstico. O tratamento do Schwannoma é a exérese cirúrgica. Embora a literatura descreva a rinotomia lateral como o acesso clássico, a abordagem por via endoscópica mostrou-se segura e eficaz, trazendo vantagem estética e com menor morbidade.

Considerações Finais: O schwannoma de corneto nasal inferior é muito raro e com poucos casos descritos. Clinicamente e radiologicamente manifesta-se de forma similar a outros tumores benignos da cavidade nasal, sendo o estudo anatomopatológico a única forma de confirmação. Apesar da literatura médica descrever os acessos externos como a abordagem cirúrgica clássica, o acesso endoscópico mostrou bom resultado.

Palavras-chave: Schwannoma; tumor benigno; rinologia.

TCP11220 NASOANGIOFIBROMA ATÍPICO: RELATO DE CASO

Autor principal: RAMON MELO TERRA PAULA

Coautores: JOAO MARCOS PIVA RODRIGUES, FABIANO HADDAD BRANDAO, GILBERTO ULSON PIZARRO, LAÍS CARVALHO DE ABREU, CAMILA CHULU LORENTZ, RODRIGO OREFICE NOGUEIRA

Instituição: Hospital Paulista de Otorrinolaringologia

Apresentação do caso: F.R.S., 45 anos, sexo masculino, natural de São Paulo/SP. Procurou atendimento devido obstrução nasal unilateral progressiva em fossa nasal direita associada a dor facial crônica, de início há 1 ano. Nega história pregressa de epistaxes. Negou tabagismo, etilismo, uso de medicações ou comorbidades.

Videonasofibrolaringoscopia com presença de grande lesão polipoide, de consistência fibroelástica e alta trama vascular superficial em parte posterior de meato médio direito, obliterando a luz da fossa nasal e com aparente extensão para recesso esenoetmoidal direito. Estudo tomográfico computadorizado e ressonância magnética dos seios da face com contraste demonstrou: lesão sólida, expansiva, bem delimitada e heterogênea, medindo 5,0 x 4,0 x 2,8 cm (AP x CC x LL), centrada no meato nasal superior direito com extensão para o interior do seio esfenoidal direito. Com alargamento e remodelação do recesso esenoetmoidal, obliterando completamente a coana nasal. Os forames esfenopalatinos, as fossas infratemporais e pterigopalatinas preservados.

Foi realizada cirurgia por via endoscópica nasal, sem embolização arterial, com ressecção ampla da lesão. A tomografia computadorizada dos seios da face com contraste de controle após 1 mês, não evidenciou persistência ou recidiva lesional. O perfil imuno-histoquímico foi compatível com nasoangiofibroma e negativo para malignidade.

Discussão: O nasoangiofibroma juvenil responde por 0,5% das neoplasias de cabeça e pescoço. É um tumor histologicamente benigno, porém localmente agressivo, não encapsulado e ricamente vascularizado. Acomete quase exclusivamente pessoas do sexo masculino, entre 9 e 19 anos (média de 15 anos), com maior incidência no Egito, na Índia e nos altiplanos do México.

A maioria dos autores acredita que se origina da parede nasal lateral e posterior, com inserção na região do forame esfenopalatino. Diferentes autores, por meio de estudos radiológicos, concluíram que o local de origem do tumor é a fossa pterigopalatina, posterior ao gânglio pterigopalatino. A lesão se expande pela submucosa e cresce por diferentes vias, seguindo fissuras e forames da base do crânio. A taxa de invasão cerebral varia de 4,3% a 26%.

O principal sintoma é obstrução nasal unilateral, progressiva e epistaxes recorrentes. As epistaxes vão aumentando em intensidade e frequência conforme o crescimento tumoral e a ocorrência de ulcerações por infecção secundária, retenção de muco ou traumas mecânicos. Sintomas associados incluem: rinossinusites, hiposmia, cefaleia, mau cheiro, otites médias e roncos. Pode ocorrer deformidade facial e sintomas oculares como proptose e amaurose. Deve sempre ser a primeira hipótese em paciente jovem, do sexo masculino com obstrução nasal unilateral e epistaxes, com bom estado geral. Ao exame endoscópico, visualiza-se lesão lisa, avermelhada, endurecida, que pode apresentar pontos de ulceração.

A tomografia computadorizada é fundamental para o diagnóstico, apresenta lesão com atenuação de partes moles localizada na fossa pterigopalatina, que desloca a parede posterior do seio maxilar anteriormente (sinal de Hollman-Miller ou sinal antral), característico do angiofibroma. Geralmente ocupa toda a cavidade nasal, nasofaringe e fossa pterigopalatina, com erosão da lâmina medial do processo pterigoide do osso esfenóide e do assoalho do seio esfenoidal, padrão muito sugestivo da lesão. A ressonância magnética permite melhor avaliação de invasão de estruturas adjacentes pelo tumor.

O tratamento de eleição é cirúrgico, pode-se utilizar várias vias de abordagem de acordo com o estadiamento da lesão e habilidade do cirurgião. Radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia são tratamentos complementares usados na impossibilidade de ressecção da lesão.

Comentários finais: O nasoangiofibroma descrito no caso apresentou um comportamento clínico atípico, sem presença de epistaxe, de localização incomum e fora da faixa etária de maior prevalência. Sendo realizada apenas cirurgia endoscópica resolutive, sem necessidade de embolização arterial.

Palavras-chave: nasoangiofibroma; cirurgia endoscópica nasal; tumor nasal.

TCP11221 TRATAMENTO DE EPISTAXE ANTERIOR, SEM COMPLICAÇÕES, COM O USO DO SUBGALATO DE BISMUTO.

Autor principal: ANTONIO EDME DA COSTA PEDROSO

Coautores: LUIZ CARLOS NADAF DE LIMA

Instituição: Hospital Universitário Getúlio Vargas Manaus

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 16 anos de idade, procurou serviço de Otorrinolaringologia em janeiro de 2022 mencionando, em consulta ambulatorial, história de sangramento na fossa nasal esquerda há cerca de dois meses – em episódios de curta duração – que havia se tornado recorrente na última semana. Em relação a comorbidades: Nega hemofilia, alterações na coagulação sanguínea, uso de AAS, rinorréia, hemoptise, febre ou qualquer medicação. E não havia histórico recente de doença. História familiar, sem queixas.

A rinoscopia mostrou ponto sangrante com aumento da vascularização adjacente em septo nasal anterior – região de kisselbach – do lado esquerdo. Não foi encontrada alteração na fossa nasal direita. Não houve necessidade de exames complementares. Foi utilizado uma aplicação de pasta de subgalato de bismuto a 60%, e repetido dois dias depois.

O controle da epistaxe, foi conseguido com subsequente parada do sangramento e na revisão em 5 dias e após 2 meses, não houve recidiva no período avaliado, e a mucosa nasal encontrava-se dentro dos padrões da normalidade com diminuição da vascularização na área afetada.

Discussão: O tratamento de escolha das epistaxes anteriores, sem complicações, é por meio da cauterização química com o uso do ácido tricloroacético, ou elétrica pelo uso do eletrocautério.

Entretanto, por promoverem a queimação e consequente ulceração da mucosa nasal, são procedimentos que induzem à dor acarretando medo e resistência dos pacientes, principalmente crianças, o que, muitas vezes, requer o uso de anestesia tópica, tornando seu uso de difícil aplicação pela rejeição e manipulação em excesso, dificultando a tolerância e adesão dos pacientes a esses tratamentos.

As propriedades de forte poder adstringente e anti hemorrágica do subgalato de bismuto já são de reconhecida eficácia e amplamente conhecidas, atuando tanto na ativação do fator XII, quanto pela fibrinólise, o que acelera a via intrínseca da cascata da coagulação que vão atuar promovendo a hemostasia de sangramentos. Podendo, portanto, ser indicado como hemostático local por agir acelerando a formação de coágulo sanguíneo.

Os trabalhos, de uma forma geral, enfocam seu uso referindo controle de sangramento pós-operatório imediato em cirurgias odontológicas, e empiricamente nas lojas amigdalíneas pós realização das adenotonsilectomias.

Comentários finais: O subgalato de bismuto, neste caso específico, mostrou-se eficiente por ter conseguido conter com sucesso o sangramento e as recidivas, sem submeter a paciente às reações adversas da cauterização (por qualquer método).

Além de demonstrar grandes benefícios, sem submeter a paciente às reações adversas da cauterização (por qualquer método), também não houve a necessidade do uso de anestesia tópica, demonstrando ser de aplicação mais simples com maior tolerabilidade e total adesão por parte do paciente.

Uma opção segura e simples ao tratamento e controle tanto das epistaxes quanto das recidivas, sem os efeitos adversos dos outros tratamentos. Indicado para os casos de sangramento de pequena monta, sendo ideal em crianças, podendo até vir a ser aplicado em casa pela própria mãe.

Palavras-chave: epistaxes; subgalato; bismuto.

TCP11222 OS GRAUS DE GRAVIDADE DO QUADRO DE COVID-19 INFLUENCIAM A DISFUNÇÃO DE OLFATO E DE PALADAR?

Autor principal: THIAGO LUIS INFANGER SERRANO

Coautores: PATRICIA BLAU MARGOSIAN CONTI, ALINE PRISCILA DE SOUZA, JOSE DIRCEU RIBEIRO, EULALIA SAKANO

Instituição: UNICAMP

Objetivos: Avaliar as relações entre a perda do olfato e do paladar e a gravidade do quadro agudo de COVID-19, assim como analisar a recuperação destes sentidos após tempo mínimo de 3 meses da infecção.

Métodos: Estudo observacional, analítico, transversal e prospectivo, aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição #36305120.0.0000.5404. Voluntários maiores de 18 anos de idade que tiveram infecção pelo SARS-CoV-2, confirmado por RT-PCR, foram avaliados no período de 3 a 12 meses após a doença. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram submetidos a entrevista para obtenção de dados gerais, questionários de qualidade de vida, avaliação de olfato (teste de Connecticut), teste de paladar (soluções propostas por Vaira et al) e nasofibroscopia. Os dados foram analisados dividindo-se os pacientes segundo os critérios preconizados pela OMS, em grupos de COVID não grave, grave e crítico. Foram aplicados teste de qui-quadrado e teste exato de Fisher para comparação de variáveis qualitativas. Teste de Kruskal-Wallis e análise de variância (ANOVA) foram utilizados para dados quantitativos.

Resultados: Foram analisados os dados de 152 pacientes, com idade média de 48,5 ($\pm 11,6$) anos, sendo 65 homens (35,4% não grave, 35,4% grave e 29,2% crítico) e 87 mulheres (63,2% não grave, 26,4% grave e 10,3% crítico). Não foi observado nenhum paciente com alteração na região da fenda olfatória. Em toda a amostra, 80 pacientes (52,6%) referiram perda de olfato durante o quadro agudo. Destes, 57 (71,3%) tiveram quadro não grave, 19 (23,7%) tiveram quadro grave e 4 (5%) tiveram quadro crítico ($p < .001$). Para o paladar, 76 (50%) referiram perda, sendo que 48 (63,2%) tiveram quadro não grave, 20 (26,3%) quadro grave e 8 (10,5%) quadro crítico ($p = .007$). Segundo o teste de Connecticut realizado, 55 (36,2%) apresentavam normosmia, 36 (23,7%) hiposmia leve, 18 (11,8%) hiposmia moderada, 30 (19,7%) hiposmia grave e 13 (8,6%) anosmia. A análise da distribuição entre os grupos de gravidade não mostrou diferença estatística ($p = .109$).

Discussão: No início da pandemia a perda de olfato e paladar chegou a ser considerada como fator de bom prognóstico para a evolução da infecção pelo SARS-CoV-2. Através da análise dos nossos dados, observamos uma diferença importante na proporção de pacientes que notaram perda de olfato e paladar durante o quadro agudo, com predomínio entre os casos não graves. Este dado ainda é bastante controverso, visto que pode estar relacionado a um viés de esquecimento ou a uma menor importância dada ao sentido frente ao acometimento grave da parte clínica, com internações e utilização de ventilação mecânica nos pacientes críticos. Outro questionamento é quanto a evolução do olfato e paladar após a COVID-19, que permanece incerta. Admite-se que há uma melhora destes sentidos após cerca de 2 semanas após o quadro agudo, porém muitos pacientes ainda persistem com queixas após longos períodos. Observamos com os testes objetivos que, após mais de 3 meses do quadro agudo, apenas 36,2% dos pacientes apresentavam olfato dentro da normalidade, assim como 28,3% ainda persistia com anosmia ou hiposmia grave.

Conclusão: observa-se um maior comprometimento de olfato e paladar nos quadros não graves de COVID-19. A avaliação após 3 meses destes pacientes mostrou status olfatório similar entre os grupos, demonstrando uma recuperação espontânea ao longo do tempo, entretanto uma parcela significativa persiste com olfato ruim.

Suporte financeiro: FAPESP #2020/09378-0. **UNICOVIDS:** Unicamp Coronavirus Disease Study Group.

Palavras-chave: olfato; paladar; COVID-19.

TCP11223 MUCOCELE FRONTOETMOIDAL COMPLICADA COM EROSÃO DE PAREDE POSTERIOR DO OSSO FRONTAL E SUA ABORDAGEM CI

Autor principal: CAMILA ISABELA RIBEIRO VIEIRA

Coautores: DANIELLY SOLAR ANDRADE OLIVEIRA, JOÃO MARCOS BARCELOS SALES, MARIA CLARA ARGOLLO COSTA, AURELIANO CARNEIRO BARREIROS

Instituição: Hospital Socor

Apresentação do caso: paciente feminina, 28 anos, com queixa de diplopia e deformidade estética à esquerda, próxima à órbita ipsilateral, associada a cefaleia frontal esquerda irresponsiva a medicação analgésica usual, com evolução de cinco meses. Ao exame físico apresentava abaulamento em canto medial do olho direito, indolor à palpação, com fibronasolaringoscopia flexível evidenciando abaulamento em região superior de fossa nasal esquerda, sem drenagem ativa de nenhum tipo de secreção. À avaliação tomográfica, evidenciou-se lesão de aspecto cístico à esquerda, com deslocamento de lâmina papirácea e globo ocular lateralmente, além de erosão óssea extensa de parede posterior do seio frontal esquerdo, em contato com dura mater. Nesse momento, não apresentava nenhum outro sinal neurológico focal, mantendo a queixa de cefaleia e diplopia. Foi submetida a marsupialização endoscópica eletiva, somente, com drenagem de conteúdo mucopurulento, com acompanhamento de 12 meses, sem recidiva até o momento ou até mesmo sintomas visuais residuais, não necessitando nenhum procedimento cirúrgico adicional.

Discussão: as mucocelos dos seios paranasais são lesões de arquitetura cística, revestidas por epitélio e com conteúdo mucóide, apresentando crescimento lento e caráter expansivo e compressivo. Eventualmente, podem cursar com complicações orbitárias ou mesmo intracranianas, atribuindo sua etiologia inicial à obstrução do óstio de drenagem do seio paranasal envolvido. Geralmente cursam com obstrução nasal persistente, e até mesmo progressiva, devido ao seu crescimento lento. Entretanto, sintomas de invasão intracraniana já são evidenciados à evolução mais tardia e agressiva.

Comentários finais: As Mucocelos Frontais E Etmoidais São As Mais Comuns. Entretanto A Erosão Óssea Da Parede Posterior Do Seio Frontal, Pelo Seu Caráter Espesso, Não É Tão Habitual Com Exposição De Dura Mater Adjacente, Como Evidenciado No Caso Apresentado.

Palavras-chave: mucoccele; frontal; endoscópica.

TCP11224 ABSCESSO SUBPERIOSTEAL E ABSCESSO CEREBRAL EM RINOSSINUSITE COMPLICADA

Autor principal: SAMIR MENDES BRAIDE

Coautores: CARLA VASCONCELOS ARAUJO, JULIANA CARREIRO CARVALHO, SAMUEL LUCENA CANGUSSU, BRENO CARLOS TAVARES, DECIO DA SILVA BACELAR

Instituição: Instituto de Otorrino Dr.aureo C. Cangussu Ltda

C.R.C, masculino, 39 anos, HAS e DM2, com histórico de síndrome gripal há 30 dias, evoluindo com rinorréia mucopurulenta, cefaleia intensa em região frontal, exoftalmia, quemose e edema periorbitário. Foi atendido no Hospital Municipal de Imperatriz – MA, fazendo uso de Ceftriaxona 2g/dia e, posteriormente acrescentado, Oxacilina 2g/dia.

Após 15 dias de antibioticoterapia, paciente evoluiu com piora do quadro, apresentando diminuição de acuidade visual e paresia unilateral da adução ocular à direita. A tomografia de seios da face com contraste demonstrou, à direita, a presença de: desvio de septo nasal com esporão ósseo; sinusopatia maxilar, etmoidal e esfenoidal; Abscesso Subperiosteal e Abscesso Cerebral em região frontal.

Paciente foi submetido à cirurgia endonasal com orientação sob navegação, sendo realizado septoplastia, turbinoplastia, antrostomia, etmoidectomia e sinusectomia esfenoidal à direita para então proceder-se com a drenagem de Abscesso subperiosteal e punção de abscesso cerebral em conjunto com a neurocirurgia.

Após a resolução cirúrgica do quadro, paciente permaneceu internado por 4 semanas para conclusão de antibioticoterapia recomendada pela neurocirurgia, tendo alta com melhora da acuidade visual.

As complicações de Rinossinusite são caracterizadas por uma extensão extrassinusal da infecção, podendo acometer órbita (70%), sendo celulite ou abscessos; Intracranianas (20%), com meningite e abscessos; e as Ósseas (10%), cursando com osteomielite. Mais comumente em homens de faixa etária jovem, até 15 anos de idade.

Os seios Etmoidal e Maxilar são os mais comumente relacionados com as complicações orbitárias. E os agentes mais comuns são os *S. pneumoniae* e *H. influenzae*, com disseminação por via direta ou hematogênica.

A classificação de Chandler ainda é comumente empregada para avaliar complicações orbitárias e é dividida em: celulite prioritária, celulite orbitária, abscesso subperiosteal, abscesso orbitário e trombose de seio cavernoso. Também se utiliza a de Mortimore, com 3 grupos: pré-septal, pós-septal (subperiosteal) e pós-septal (intracanal). No caso em questão estamos diante de um Abscesso Subperiosteal caracterizado por coleção entre a lâmina papirácea e periorbitária.

O diagnóstico de abscesso cerebral se deu através da Tomografia de crânio com imagem hipodensa circular em região frontal, além do paciente apresentar alguns sintomas sugestivos como cefaleia intensa e sonolência.

Apesar do diagnóstico poder ser presumido clinicamente, para melhor localização topográfica e confirmação diagnóstica se faz necessário a tomografia computadorizada (TC) com uso de contraste ou Ressonância Magnética com gadolínio. É importante ressaltar a avaliação de TC de seios da face e crânio, devido ao risco de duas complicações simultâneas.

Tratando-se de complicações orbitárias, indica-se cirurgia na presença de abscessos, diminuição de acuidade visual, ausência de melhora em 48 horas após início de antibioticoterapia ou piora após início do tratamento. A recomendação de antibioticoterapia deve ser Ceftriaxona e Clindamicina ou Ceftriaxona e Oxacilina em casos de crianças. Embora início precoce de antibioticoterapia não previna complicações, estudos demonstram que melhora desfecho clínico.

Já em relação ao tratamento das complicações intracranianas, deve-se ampliar o espectro antimicrobiano e tempo mais prolongado de tratamento com uso de Ceftriaxona e Vancomicina/Oxacilina ou Meropenem por 4 a 8 semanas. Além disso, uso de corticoterapia também está indicado nesses casos, assim como a cirurgia endoscópica em casos de abscessos.

Fica evidente que, embora, iniciado precocemente o tratamento da rinossinusite com antibioticoterapia não preveniu-se que complicações como abscesso subperiosteal e cerebral acometessem o paciente em questão. Desse modo, demonstrou-se a necessidade da intervenção cirúrgica para resolução do quadro, utilizando-se como escolha a abordagem endonasal guiada por navegação, para realização drenagem de abscessos. Onde após término do tratamento paciente evoluiu com bom desfecho e sem sequelas.

Palavras-chave: rinossinusite; complicações; abscessos.

TCP11225 FÍSTULA LIQUÓRICA RINOGENICA ESFENOIDAL COM CORREÇÃO ENDOSCÓPICA NASAL: RELATO DE CASO**Autor principal:** MARIANNA ORNELAS SAMPAIO LEITE**Coautores:** CAROLINE RICARTE REYS ORTIZ, THIAGO DE ALMEIDA REIS, CLAUDIA MARCIA MALAFAIA DE OLIVEIRA VELASCO, COSME MOURA FERREIRA DAS CHAGAS, PEDRO MINO VIANNA**Instituição:** Hospital Central do Exército

Apresentação do caso: J.B.C, 58 anos, masculino, portador de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, obesidade grau III. Com história de fístula nasal espontânea há 16 anos evoluindo com meningite e realizado tratamento conservador na ocasião. deu entrada no hospital central do exército (hce) proveniente de transferência hospitalar realizando tratamento com ceftriaxona para meningite para investigação de fístula liquórica rinogênica. No presente momento da internação relata rinorreia hialina unilateral associada ao quadro. refere quadro semelhante há 6 meses com rinorreia hialina, evoluindo para meningite, com resolução espontânea em 7 dias e mantida conduta conservadora.

Realizou tomografia computadorizada (tc) de crânio, ressonância magnética (rm) de crânio e fluxo liquórico e tomocisternografia para melhor identificação da fístula.

Na rm de crânio observou-se sinal de fístula com preenchimento do seio esfenoidal, principalmente a direita. durante internação o paciente foi acompanhado pelo serviço de neurocirurgia, que indicou tratamento cirúrgico para fechamento da fístula liquórica, porém o paciente negava-se realizar procedimento proposto pela neurocirurgia, com isso, foi solicitada avaliação do serviço de otorrinolaringologia para programação do fechamento cirúrgico por via endoscópica nasal.

Discussão: Na fístula liquórica rinogênica ocorre a comunicação entre o espaço subaracnóideo e a cavidade nasal^{1,8}. Comunicação esta que pode ocorrer diretamente ou indiretamente. A primeira entre a fossa craniana anterior e a cavidade nasal e a segunda da fossa média posterior através da tuba auditiva¹.

As fístulas liquóricas podem ser classificadas como traumáticas e não traumáticas, que são espontâneas^{1,9}. As traumáticas podem ser ocasionadas por traumas cirúrgicos e não cirúrgicos e o local mais acometido é a lâmina cribiforme e a região de etmoide posterior devido a sua maior fragilidade óssea e a adesão da duramater a este osso ser maior¹. A origem da fístula liquórica espontânea ainda não é bem esclarecida, porem alguns estudos destacam ser um defeito congênito, uma pequena meningocele erodida pelo osso ou ser derivada da atrofia de filamentos do nervo olfatório na lamina cribiforme^{1,6}. Para avaliação pré operatória, localização do sítio da lesão e programação cirúrgica é necessário que os pacientes sejam submetidos à realização de exames de imagem como tomografia computadorizada e ressonância magnética de seios paranasais e tomocisternografia sempre que possível.

O tratamento definitivo das fístulas liquóricas ocorre com a correção via cirurgia endoscópica nasal, procedimento seguro e eficiente, já demonstrado em literatura mundial e realizado em larga escala⁴. Permite ao cirurgião uma visualização e localização da lesão, além de possibilitar uma maior facilidade em remover o tecido fibrótico e escarificar os bordos da lesão, resultando em uma maior aderência do enxerto e, consequentemente, um excelente resultado.

Nas literaturas referidas, não foram observadas falhas cirúrgicas associadas a determinado tipo de enxerto, porém fatores como exposição incompleta, alto débito das fístulas e o largo defeito ósseo com herniação do saco meningoencefálico localizado na área cribiforme ou seio esfenóide, foram determinantes nos insucessos terapêuticos.

A complicação mais temida das fístulas liquóricas rinogênicas é a meningite, representando um potencial risco de vida e podem apresentar uma incidência de até 40%¹¹. O tratamento da meningite se faz com antibióticoterapia, porém estudos não demonstram eficácia na utilização do antibiótico profilático após a cirurgia endonasal.

Comentários finais: concluímos que a técnica de eleição para correção da fístula liquórica rinogênica faz-se por meio da abordagem via endonasal devido sua baixa morbidade e alta taxa de sucesso. No entanto é importante dar atenção à fístulas associadas a meningoceles, largos defeitos e lesões secundárias, necessitando de melhor planejamento cirúrgico e alterações na técnica para garantir o total fechamento da fístula.

Palavras-chave: fistula liquorica; fistula rinogenica; fistula esfenoidal.

TCP11226 A NECESSIDADE DO USO DE TÉCNICAS CIRÚRGICAS COMBINADAS PARA A ABORDAGEM DE LESÃO DO SEIO MAXILAR

Autor principal: PAULA SOUZA RAMOS

Coautores: CAROLINA ALVES FAGUNDES, MARCOS VINICIUS CHAGAS SOUSA, RAÍSSA DE FIGUEIREDO NEVES, MIGUEL SOARES TEPEDINO, VALERIA BARCIA, LUZIANA DE LIMA RAMALHO, CAMILA ALVES COSTA SILVA

Instituição: *Policlínica de Botafogo*

Apresentação do caso: Paciente, 38 anos, sexo masculino, com queixa de abaulamento progressivo em região malar direita há 4 meses, sem apresentar melhora com uso de antibiótico oral. Nas imagens de Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética de seios paranasais e encéfalo foi evidenciada lesão hipodensa bem delimitada ocupando todo seio maxilar direito gerando alargamento de complexo osteomeatal. Foi indicada ressecção cirúrgica da lesão.

Realizou-se antrostomia maxilar à direita, já apresentando conteúdo grumoso abundante. Devido a não visualização adequada de parede maxilar anterior foi realizada maxilectomia medial endoscópica pré lacrimal reversível. Devido identificação de erosão óssea em parede anterior optou-se por complementar acesso cirúrgico por de técnica de Caldwell-Luc. Ainda com foco lesional em região maxilar anterior foi realizado acesso de Denker de modo a acessar com maior precisão parede óssea anterior do seio maxilar. Após três meses de cirurgia, observou-se fossa nasal direita com maxilectomia em bom aspecto, sem secreção e com poucas crostas. O exame anatomopatológico teve como resultado papiloma invetido. A evolução pós operatória se manteve satisfatória.

Discussão: As técnicas cirúrgicas nasossinusais apresentaram expressiva evolução e aperfeiçoamento nas últimas décadas com o advento das técnicas endoscópicas. Porém, a abordagem do seio maxilar particularmente, ainda exige técnicas combinadas, mais notadamente em lesões que atingem parede anterior do seio maxilar.

Comentários finais: A abordagem cirúrgica depende da extensão da doença e da experiência em técnicas cirúrgicas do cirurgião. O uso de acessos combinados via fossa canina e via nasal mediante o avanço na cirurgia endoscópica nasal tem trazido melhores Resultados no controle e erradicação da doença nasossinusal. O seguimento pós operatório deve objetivar a boa cicatrização e acompanhamento de recidivas.

Palavras-chave: maxilar; Denker; nasossinusal.

TCP11227 ABORDAGEM CIRÚRGICA DE ONCOCITOMA NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO

Autor principal: MANOEL AUGUSTO BARBOSA DA COSTA MENDONÇA

Coautores: DANIEL BUARQUE TENORIO, LELIA MARIA ALVES DUARTE, NAYYARA MARCIA FERREIRA CARREIRO, JÉSSICA MIRANDA LEMOS, OSVALDO SOUZA SOARES JUNIOR

Instituição: Santa Casa de Misericórdia de Maceió

Apresentação do caso: JAS, sexo masculino, 68 anos, encaminhado ao consultório de otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia de Maceió pela cirurgia de cabeça e pescoço, após ser diagnosticado com oncocitoma acometendo nariz e seios paranasais, por meio de investigação prévia com exames de imagem, análise anatomopatológica e imuno-histoquímica. Paciente queixava-se de episódios de epistaxe há cerca de 1 ano, evoluindo com obstrução nasal unilateral à esquerda e deformidade em face nos últimos meses. Em consulta médica, através da rinoscopia anterior, apresentava tumoração nasal à esquerda, proptose ocular ipsilateral e deformação nasal.

Devidos aos achados dos exames de imagem, foi prosseguida a investigação por meio da coleta de uma amostra da lesão para avaliação anatomopatológica, seguida de avaliação imuno-histoquímica. Essa última descrevendo achado compatível com oncocitoma, com positividade de marcadores CK7, EMA e S100 protein cocktail e negatividade para marcador calponina, corroborando o diagnóstico.

Diante do caso indicou-se a conduta cirúrgica. O paciente foi submetido à exérese de tumoração nasal por meio de técnica combinada (aberta e endoscópica), através da abordagem de Caldwell-Luc, com incisão sublabial anterior à esquerda para realização antrostomia ipsilateral, e descolamento por planos da parede anterior desse seio maxilar, com visualização de erosão em parede anterior, medial, superior e lateral. Foi realizado descolamento de lesão tumoral com sua exérese em bloco, abertura de seio frontal esquerdo com aspiração de secreção purulenta, além de abertura de células etmoidais do mesmo lado. Feita hemostasia através de cauterização e colocação de esponja hemostática, com fechamento através de sutura de incisão sublabial e por fim, colocado tampão de gaze embebido em pomada antibiótica no local. Após procedimento cirúrgico, o paciente foi encaminhado para observação em leito, evoluiu sem intercorrências, sendo liberado para alta hospitalar no 1º dia de pós-operatório, já sendo possível ver alívio dos sintomas prévios relatados.

Discussão: O oncocitoma é um termo que engloba variados tipos de lesões neoplásicas, as quais, histologicamente, têm como base a presença de oncócitos na sua composição. Esses por sua vez são definidos como grandes células eosinofílicas com abundante quantidade de mitocôndrias citoplasmáticas em seu interior. Tem Apresentação rara em região nasossinusal, podendo acometer qualquer parte do nariz e estender-se pelos seios paranasais. Possui algumas descrições na literatura médica, mas ainda carece de informações mais robustas para definição epidemiológica precisa. Já foram descritos oncocitomas localizados em diversos tecidos, como nos rins, na tireoide, nas glândulas salivares e também no córtex adrenal, nas paratireoides, na glândula lacrimal e no pâncreas. Geralmente o tumor tem caráter benigno, apesar da possibilidade de malignização.

Apesar do oncocitoma geralmente estar associado a tumoração benigna, há o risco de recorrência e potencial transformação maligna mesmo após vários anos, sendo mandatório seguimento a longo prazo. Atualmente, o paciente do caso relatado está no terceiro mês de seguimento pós-operatório, sem novos episódios de epistaxe ou sensação de obstrução nasal, com melhora no padrão respiratório e consequente, melhor qualidade de vida.

Comentários finais: O oncocitoma é um tipo de tumor que possui localização nasossinusal infrequente. A abordagem cirúrgica visando a excisão de lesão tumoral, principalmente em estágio evolutivo mais avançado, em que há comprometimento de estruturas circunvizinhas, traz um risco maior ao procedimento e, ao mesmo tempo, permite ver uma resposta mais rápida de alívio aos sintomas apresentados.

Palavras-chave: oncocitoma; oncocitoma nasossinusal; tumor nasal.

TEMA	CÓDIGO	PÁGINA
A CORRELAÇÃO ENTRE AS MEDIÇÕES FEITAS EM FOTOGRAFIAS 3D, GRAU DE APNEIA DO SONO E QUALIDADE DE VIDA	TLSP113	19
A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO FONIÁTRICA NOS CASOS DE ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM DE CAUSA GENÉTICA	TCP55	226
A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO AUDITIVO EM CRIANÇAS DE RISCO PARA SURDEZ	TCP52	223
A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES BENIGNOS DA LARINGE	TCP615	247
A MELATONINA COMO PREVENÇÃO NA PERDA AUDITIVA RELACIONADA À IDADE NO MODELO MURINO C57BL/6J	TLSP12	21
A NECESSIDADE DO USO DE TÉCNICAS CIRÚRGICAS COMBINADAS PARA A ABORDAGEM DE LESÃO DO SEIO MAXILAR	TCP11226	749
A PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE POLIPOSE NASAL É UM BOM MARCADOR DA INFLAMAÇÃO TIPO 2?	TLSP38	49
A REALIZAÇÃO DA RINOMETRIA ACÚSTICA COMO FORMA DE COMPLEMENTO À RINOMANOMETRIA	TCP11114	637
A REALIZAÇÃO DAS CIRURGIAS DE TRAQUEOSTOMIA ENTRE 2018 E 2022 NO NORTE BRASILEIRO	TCP610	242
A VIVÊNCIA DE UMA PESQUISA SOBRE POPULAÇÃO TRANSEXUAL NA AMAZÔNIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	TCP1037	517
ABCESSO AURICULAR E PERICONDRIITE APÓS USO DE PIERCING: RELATO DE CASO	TCP421	213
ABCESSO RETROFARÍNGEO DEVIDO A ARTRODESE DE COLUNA CERVICAL - RELATO DE CASO	TCP325	129
ABORDAGEM CIRÚRGICA DE ANGIOFIBROMA NASOFARÍNGEO JUVENIL- RELATO DE CASO	TCP11202	725
ABORDAGEM CIRÚRGICA DE CORDOMA DE CLIVUS	TCP11172	695
ABORDAGEM CIRÚRGICA DE ONCOCITOMA NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO	TCP11227	750
ABORDAGEM CIRÚRGICA DE PAPILOMA INVERTIDO RECIDIVANTE: UM CASO DE DIFÍCIL MANEJO	TCP337	141
ABORDAGEM DE PACIENTE PORTADOR DE NASOANGIOFIBROMA JUVENIL: RELATO DE CASO	TCP1194	617
ABORDAGEM DE PÓLIPO ANTROCOANAL EM PACIENTE DO SEXO FEMININO.	TCP1192	615
ABORDAGEM DO CISTO DO DUCTO TIREOGLOSSO EM IDADE ATÍPICA	TCP311	115
ABORDAGEM ESTAGIADA PARA A CIRURGIA DE PARAGANGLIOMAS MÚLTIPLOS	TCP726	323
ABSCESSO CEREBRAL FRONTAL SECUNDÁRIO À PANSINUSITE CRÔNICA AGUDIZADA: RELATO DE CASO	TCP11211	734
ABSCESSO CERVICAL COMPLICADO COM MEDIASTINITE E FASCIÍTE NECROTIZANTE : UM RELATO DE CASO	TCP17	62
ABSCESSO EM LÁBIO SUPERIOR POR PROVÁVEL PICADA DE ARANHA MARROM - UM RELATO DE CASO	TCP109	489
ABSCESSO RETROFARÍNGEO POR TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR - RELATO DE CASO	TCP340	144
ABSCESSO RETROFARÍNGEO SECUNDÁRIO A CORPO ESTRANHO FARÍNGEO – UM RELATO DE CASO	TCP316	120
ABSCESSO SUBPERIOSTEAL E ABSCESSO CEREBRAL EM RINOSSINUSITE COMPLICADA	TCP11224	747
ABSCESSO SUBPERIOSTEAL EM REGIÃO TEMPORAL COMO COMPLICAÇÃO DE OMC: APRESENTAÇÃO CLÍNICA E TRATAMENTO	TCP7113	410
ABSCESSOS SUBDURAL E SUBPERIOSTEAL COMO COMPLICAÇÕES DE SINUSOPATIA EM CRIANÇA: UM RELATO DE CASO.	TCP1164	587
ACESSO COMBINADO PRÉ E PÓS SIGMOIDEO PARA DRENAGEM DE ABSCESSO PONTO CEREBELAR	TCP7105	402
ACESSO CRANIO FACIAL PARA EXERESE DE ESTESIONEUROBLASTOMA: RELATO DE CASO	TCP11177	700
ACESSO PRÉ LACRIMAL AO SEIO MAXILAR ESQUERDO PARA EXÉRESE DE PAPILOMA INVERTIDO: RELATO DE CASO	TCP11203	726
ACHADOS OTONEUROLÓGICOS EM PACIENTE COM ATAXIA ESPINOCEREBELAR - UM RELATO DE CASO	TCP83	431
ACHADOS TOMOGRÁFICOS NASOSSINUSAIS DE PACIENTES ATENDIDOS NO ESTADO DO AMAZONAS	TCP11181	704
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ASSOCIADO A MUCORMICOSE RINO-ÓRBITO-CEREBRAL: UM RELATO DE CASO.	TCP11190	713
ACURÁCIA DIAGNÓSTICA DO VÍDEO OTOSCOPIO EM PERFURAÇÃO DE MEMBRANA TIMPÂNICA: RESULTADOS PARCIAIS	TCP753	350
ACUTE EPIGLOTTITIS: A CASE REPORT	TCP114	69
ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS BASAIS: UM CASO INCOMUM DE TUMOR EM FOSSA NASAL.	TCP1197	620
ADENOCARCINOMA NASOSSINUSAL: UM IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	TCP11207	730
ADENOCARCINOMA POLIMÓRFICO DE BAIXO GRAU: RELATO DE CASO ATÍPICO EM AMÍGDA	TCP366	170
ADENOMA HIPOFISÁRIO EM SEIO ESFENOIDE: UM RELATO DE CASO.	TCP11161	684
ADENOMA PLEOMÓRFICO DE ESPAÇO PARAFARÍNGEO: RELATO DE CASO	TCP383	187
ADENOMA PLEOMÓRFICO DE LOBO PROFUNDO DE PARÓTIDA: ACESSO POR VIA TRANSORAL	TCP375	179
ADENOMA PLEOMÓRFICO NASAL: RELATO DE CASO	TCP1130	553
ADENOMA PLEOMÓRFICO NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO	TCP1147	570
ADESÃO AO IMPLANTE COCLEAR EM PACIENTES IMPLANTADOS DE 2012 A 2016 EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA	TCP737	334
ALARGAMENTO ENDOSCÓPICO DE GLOTE POSTERIOR COM ENXERTO DE COSTELA: RELATO DE CASO	TCP95	438
ALCOHOL SNIFF TEST (AST): FERRAMENTA PARA TRIAGEM DE CASOS SUSPEITOS DE COVID 19	TLSP37	48
ALTERAÇÕES ANATÔMICAS E FUNCIONAIS NO SISTEMA AUDITIVO NA SÍNDROME HARTSFIELD	TCP713	310
ALTERAÇÕES DA ORELHA MÉDIA EM PACIENTES COM FENDA PALATINA	TCP773	370
ALTERAÇÕES FACIAIS E REPERCUSSÃO AUDIOMÉTRICA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE GOLDENHAR: RELATO DE CASO	TCP933	466
ALTERAÇÕES NA ONDA MUCOSA DE PREGAS VOCAIS EM DISFONIA ASSOCIADA AO SARS-COV-2.	TCP655	287
ALTERAÇÕES OTONEUROLÓGICAS EM ACIDENTES VASCULARES CEREBELARES - RELATO DE DOIS CASOS	TCP84	432
ALTERAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS NA HOLOPROSENCEFALIA	TCP11144	667
ALTERAÇÕES TOMOGRÁFICAS DOS SEIOS PARANASAIS DE PACIENTES COM COVID-19	TLSP36	47
ALVEOLAR RHABDOMYOSARCOMA IN THE MAXILLARY SINUS AND ORAL CAVITY: A CASE REPORT	TCP1169	592
AMELOBLASTOMA DE SEIO MAXILAR	TCP1110	533
AMILOIDOSE LARÍNGEA: UM RELATO DE CASO	TCP620	252
AMILOIDOSE LOCALIZADA NAS TONSILAS PALATINAS	TCP372	176

TEMA	CÓDIGO	PÁGINA
ANACUSIA BILATERAL POR SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA: RELATO DE CASO.	TCP783	380
ANÁLISE COMPARATIVA DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BULBO OLFATÓRIO DE INDIVÍDUOS COM ANOSMIA PÓS-COVID	TLSP39	50
ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES POR SINUSITE CRÔNICA NOS ANOS DE 2012 A 2022 NO RIO GRANDE DO SUL	TCP25	104
ANÁLISE DE 20 ANOS: PETROSECTOMIA COMO TRATAMENTO EM CARCINOMAS AVANÇADOS DE PELE	TCP373	177
ANÁLISE DE REINTERVENÇÃO EM RINOSSEPTOPLASTIA NO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HCPA	TCP418	210
ANÁLISE DESCRITIVA DA ATUAÇÃO DE UM SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA EM PACIENTES RT-PCR COVID 19+	TCP1035	515
ANÁLISE DO CARÁTER DO ATENDIMENTO POR TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	TCP1135	558
ANÁLISE DO DESEMPENHO DO QUESTIONÁRIO POSAST PARA RASTREIO DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM CRIANÇAS	TCP946	479
ANÁLISE DO IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO DA PANDEMIA DE COVID 19 SOBRE AS PATOLOGIAS DA VIA AÉREA SUPERIOR	TCP11139	662
ANÁLISE DO PERFIL DE ATENDIMENTOS EM ORL EM PRONTO SOCORRO DE HOSPITAL TERCIÁRIO PRIVADO	TCP1042	522
ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR FARINGOTONSILITE AGUDA NA BAHIA DE 2017 A 2022	TCP659	291
ANÁLISE DO USO DA MEDITAÇÃO MINDFULNESS COMO TERAPIA PARA O ZUMBIDO CRÔNICO	TLSP27	38
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA TAXA MÉDIA DE INTERNAÇÕES POR CÂNCER DE LARINGE ENTRE AS REGIÕES DO BRASIL	TCP24	103
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO CÂNCER DE LARINGE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS	TCP64	236
ANGINA DE LUDWIG	TCP376	180
ANGINA DE LUDWIG COMPLICADA COM CETOACIDOSE DIABÉTICA, PNEUMONIA E PNEUMOMEDIASTINO: RELATO DE CASO	TCP324	128
ANGINA DE LUDWIG E A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOSES: RELATO DE CASO	TCP384	188
ANGINA DE PLAUT-VINCENT - UM RELATO DE CASO	TCP13	58
ANGINA DE PLAUT-VINCENT: UM RELATO DE CASO	TCP101	481
ANGIOEDEMA UNILATERAL DE LÍNGUA DESENCADEADO POR INIBIDOR DA ENZIMA CONVERSORA DA ANGIOTENSINA	TCP133	88
ANGIOFIBROMA EXTRANASOFARÍNGEO: RELATO DE CASO	TCP11145	668
ANGIOFIBROMA NASOFARÍNGEO EM PACIENTE ADULTO: RELATO DE CASO	TCP11101	624
ANGIOMIOLIPOMA DA CAVIDADE NASAL: RELATO DE CASO	TCP11106	629
ANOSMIA PÓS TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO: RELATO DE CASO	TCP1120	543
APLICAÇÃO DO MÉTODO ROPE PARA ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM RINITE: UMA EXPERIÊNCIA DE SERVIÇO	TCP106	486
APLICATIVOS PARA DISFAGIA DISPONÍVEIS NA GOOGLE PLAY E APP STORE: UM ESTUDO TRANSVERSAL	TCP1043	523
APNEIA DO SONO COMPLEXA EM PACIENTE COM ATROFIA DE MÚLTIPLOS SISTEMAS: RELATO DE CASO	TCP123	78
APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM PACIENTES DE CLÍNICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE JOÃO PESSOA	TCP142	97
APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE CISTO NASOLABIAL BILATERAL: RELATO DE CASO RARO	TCP1123	546
ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA DEISCENTE EM OTITE MÉDIA CRÔNICA: RELATO DE CASO	TCP7130	427
ASPECTOS CLÍNICOS E TOMOGRÁFICOS DA SÍNDROME DE CHARGE: RELATO DE CASO	TCP11209	732
ATRASO DE LINGUAGEM, MUITO ALÉM DA SURDEZ	TCP51	222
ATRASO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO E DUPLICAÇÃO DE UMA Sonda NA REGIÃO 22Q11.2: UM RELATO DE CASO	TCP58	229
ATRESIA DE COANA EM ADULTO - RELATO DE CASO	TCP111	524
ATRESIA DE COANA UNILATERAL: RELATO DE CASO	TCP1193	616
ATRESIA DE COANAS BILATERAL EM PACIENTE IDOSA	TCP11188	711
ATYPICAL AGGRESSIVE MANDIBULAR OSSIFYING FIBROMA IN A CHILD	TCP345	149
AURICULECTOMIA TOTAL EM PACIENTE COM CARCINOMA EPIDERMÓIDE EM ORELHA- RELATO DE CASO	TCP327	131
AValiação DA EFICÁCIA DO USO DO TAPING NA FACE PARA REDUÇÃO DO EDEMA E DA EQUIMOSE NO PÓS-OPERATÓRIO	TLSP15	26
AValiação DA EVOLUÇÃO DE EQUIMOSE PERIORBITÁRIA EM PACIENTES SUBMETIDOS A RINOPLASTIA	TCP410	202
AValiação DA FUNÇÃO VESTIBULAR DE PACIENTES COM FRATURA TEMPORAL PELO VHIT: RESULTADOS PRELIMINARES	TLSP25	36
AValiação DA PERCEPÇÃO DE DISFUNÇÃO OLFATÓRIA APÓS INFECÇÃO POR COVID-19 E SEUS IMPACTOS	TLSP32	43
AValiação DA PERCEPÇÃO DE FALA E ACHADOS INTRAOPERATÓRIOS EM USUÁRIOS DE IMPLANTE COCLEAR MED-EL	TCP7102	399
AValiação DA PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS OTORRINOLARINGOLÓGICOS DA COVID-19 EM CRIANÇAS	TCP1133	556
AValiação DA QUALIDADE DE VIDA APÓS SEPTOPLASTIA	TLSP311	52
AValiação DA QUALIDADE E DA DURAÇÃO DO SONO EM INDIVÍDUOS COM SUSPEITA DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO	TCP120	75
AValiação DA RESPOSTA/SOBREVIVÊNCIA DE PACIENTES COM CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE CABEÇA E PESCOÇO	TLSP22	23
AValiação DA VOZ E DA AERODINÂMICA DA LARINGE EM PACIENTES ASMÁTICOS	TCP645	277
AValiação DE MEDIDAS PREVENTIVAS NO CONTROLE DE INFECÇÃO EM RINOPLASTIAS COM ENXERTO DE COSTELA	TCP417	209
AValiação DE PACIENTES DISFÁGICOS COM ESCAPE ORAL POSTERIOR: UMA SÉRIE DE CASOS.	TCP108	488
AValiação DO DESEMPENHO DA ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH NA SUSPEIÇÃO DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO	TCP117	72
AValiação DO PERFIL SONOENDOSCÓPICO DE PACIENTES COM OCLUSÃO DENTÁRIA CLASSE II EM SERVIÇO TERCIÁRIO	TCP126	81
AValiação OBJETIVA DO FLUXO NASAL PRÉ-CIRÚRGICO	TCP1121	544
AValiação TOMOGRÁFICA DE SEIOS PARANASAIS: SCORE DE LUND-MACKAY E ASSOCIAÇÕES RADIOLÓGICAS	TCP11206	729
BERA CLICK NO DIAGNÓSTICO NEUROAUDIOLÓGICO EM BEBÊS: VALORES DE REFERÊNCIA NO EVOKADUS CONTRONIC	TCP81	429
BLEFAROPLASTIA COM SEGURANÇA: PASSO A PASSO	TCP415	207
BOLA FÚNGICA EM ORELHA MÉDIA: TRATAMENTO ENDOSCÓPICO	TCP7128	425
BOLA FÚNGICA POR FUSARIUM SPP: UMA SÉRIE DE CASOS	TCP11100	623

TEMA	CÓDIGO	PÁGINA
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DOS PACIENTES SUBMETIDOS À ENDOSCOPIA DO SONO. EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO	TCP125	80
CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO DE FOSSA NASAL – ABORDAGEM DE TUMOR EM LOCALIZAÇÃO RARA	TCP319	123
CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO DE SEIO MAXILAR	TCP364	168
CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO EM PACIENTE DE 28 ANOS DE IDADE	TCP11180	703
CARCINOMA BASOCELULAR GERANDO ESTENOSE DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO E COLESTEATOMA	TCP757	354
CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL (CCM) AVANÇADO EM ESCALPO: RELATO DE CASO	TCP350	154
CARCINOMA DE PARATIREOIDE: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE DOIS RELATOS DE CASO	TCP363	167
CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE SEIO FRONTAL COM EROÇÃO DE TÁBUAS ANTERIOR E POSTERIOR: UM RELATO DE CASO	TCP11142	665
CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE SEPTO NASAL: RELATO DE CASO	TCP11140	663
CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE TONSILA PALATINA: RELATO DE CASO	TCP365	169
CARCINOMA ESPINOCELULAR DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO - RELATO DE CASO	TCP7124	421
CARCINOMA ESPINOCELULAR DE LÍNGUA EM PACIENTE JOVEM: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA	TCP315	119
CARCINOMA ESPINOCELULAR NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO	TCP1146	569
CARCINOMA ESPINOCELULAR VERRUCOSO EM OSSO TEMPORAL– UM RELATO DE CASO ATÍPICO	TCP352	156
CARCINOMA LINFOEPITELIAL DE NASOFARINGE EPSTEIN-BARR VÍRUS ASSOCIADO EM HOMEM JOVEM	TCP322	126
CARCINOMA METACRÔNICO DE CÉLULAS ESCAMOSAS COM CARCINOMA BASALÓIDE - RELATO DE CASO	TCP38	112
CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE EM PALATO MOLE CAUSANDO OTITE MÉDIA COM EFUSÃO: RELATO DE CASO	TCP360	164
CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE PEQUENAS CÉLULAS EM CAVIDADE NASAL: RELATO DE CASO	TCP11116	639
CARCINOMA NEUROENDÓCRINO POUCO DIFERENCIADO PÓS RADIOTERAPIA : UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR	TCP11126	649
CARCINOMA SARCOMATOIDE DA PREGA VOCAL: RELATO DE CASO	TCP328	132
CASE REPORT - RAMSAY HUNT SYNDROME	TCP749	346
CASE REPORT: SKULL BASE OSTEOMYELITIS AS A DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF NASOPHARYNX TUMORS	TCP11176	699
CASE REPORT: YELLOW NAIL SYNDROME ASSOCIATED WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS	TCP1160	583
CASO RARO DE HIDROCISTOMA ÉCRINO EM VESTÍBULO NASAL	TCP112	525
CAUSA RARA DE TUMEFACÇÃO DE REGIÃO PAROTÍDEA – UM RELATO DE CASO	TCP137	92
CAVERNOUS SINUS FROM ABOVE AND FROM BELOW – A COMPARATIVE ANALYSIS	TCP762	359
CAVIDADES NASAIS AVALIADAS POR FLUIDODINÂMICA COMPUTACIONAL: RELATO DE TRÊS CASOS CLÍNICOS	TCP139	94
CAXUMBA (PAROTIDITE EPIDÊMICA) NO BRASIL: UM ESTUDO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÚLTIMOS 5 ANOS	TCP1038	518
CERVICAL VS SUPERFICIAL TEMPORAL RECIPIENT VESSELS IN MIDFACE AND SCALP FREE FLAP FOR RECONSTRUCTION	TCP11	8
CIRURGIA ENDOSCÓPICA NASAL COMO TRATAMENTO DO PAPILOMA NASOSSINUSAL ONCOCÍTICO: RELATO DE CASO	TCP11148	671
CISTO BRANQUIAL CERVICAL: RELATO DE CASO.	TCP380	184
CISTO BRANQUIAL INTRATIREOIDIANO RELATO DE CASO	TCP362	166
CISTO BRONCOGÊNICO EM LÍNGUA: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	TCP367	171
CISTO DE VALÉCULA: RELATO DE CASO	TCP637	269
CISTO DENTÍGERO GIGANTE: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA	TCP11169	692
CISTO DERMÓIDE DO NARIZ: UMA MALFORMAÇÃO RARA E IMPORTANTE DE SER RECONHECIDA E ABORDADA	TCP1185	608
CISTO DO DUCTO TIREOGLOSSO COMO ACHADO DURANTE CIRURGIA DE URGÊNCIA DE FRATURA DE LARINGE E DE FACE	TCP370	174
CISTO DO DUCTO TIREOGLOSSO INFECTADO COM LOCALIZAÇÃO ATÍPICA: RELATO DE CASO.	TCP344	148
CISTO NASOLABIAL: RELATO DE CASO	TCP1188	611
CISTO ODONTOGÊNICO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: RELATO DE CASO	TCP131	86
CISTO ÓSSEO ANEURISMÁTICO: UM RARO TUMOR DE SEIO MAXILAR COMO ACOMETIMENTO SECUNDÁRIO	TCP1019	499
COGNITIVE CHANGES AFTER COCHLEAR IMPLANTATION IN ADULTS: SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS	TCP15	12
COLESTEATOMA CONGÊNITO DESCOBERTO NA INVESTIGAÇÃO DE QUADRO DE PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA – UM RELATO DE CASO	TCP774	371
COLESTEATOMA CONGÊNITO NO ADULTO: RELATO DE CASO	TCP790	387
COMPARAÇÃO DE DIFERENTES TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA TONSILECTOMIA	TCP111	66
COMPARISON AMONG THREE BRANDS OF BUDESONIDE IN THE TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS	TLSP35	46
COMPLICAÇÃO INCOMUM DE INFECÇÃO EM SÍTIO CIRÚRGICO PÓS-AMIGDALECTOMIA	TCP92	435
COMPLICAÇÃO INTRACRANIANA DE RINOSSINUSITE BACTERIANA AGUDA	TCP1195	618
COMPLICAÇÃO OCULAR RARA APÓS CIRURGIA DE OUVIDO: EQUIMOSE PERIORBITAL – UM RELATO DE CASO	TCP7106	403
COMPLICAÇÃO TARDIA PÓS IMPLANTE COCLEAR: RELATO DE CASO.	TCP777	374
COMPLICAÇÕES GRAVES E POUCO FREQUENTES DE RINOSSINUSITES: SÉRIE DE CASOS	TCP11183	706
COMPLICAÇÕES LARÍNGEAS APÓS INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL POR COVID-19	TCP622	254
COMPRESSÃO EXTRÍNSECA DAS VIAS AÉREAS COMO CAUSA DE ESTRIDOR EM LACTENTE	TCP919	452
CONCENTRAÇÃO DE FIBROBLASTOS NAS PREGAS VOCAIS DE IDOSOS	TCP12	9
CONDROSSARCOMA MESENQUIMATOSO: RELATO DE CASO.	TCP355	159
CONDROSSARCOMA DE CARTILAGEM CRICÓIDE: RELATO DE CASO	TCP619	251
CONDUÇÃO DE EPISTAXE POSTERIOR GRAVE EM GESTANTE - UM RELATO DE CASO	TCP11138	661
CONGENITAL RIGHT FACIAL Palsy ASSOCIATED WITH PROFOUND SENSORINEURAL HEARING LOSS: CASE REPORT	TCP760	357

TEMA	CÓDIGO	PÁGINA
CONSEQUÊNCIAS DA ALTERAÇÃO NO FATOR VII NO PÓS-OPERATÓRIO DE ADENOAMIGDALECTOMIA: RELATO DE CASO	TCP929	462
CORPO ESTRANHO APÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NA CAVIDADE NASAL: UM RELATO DE CASO	TCP11208	731
CORPO ESTRANHO ATÍPICO EM SEIO ESFENOIDAL: UM RELATO DE CASO	TCP1155	578
CORPO ESTRANHO EM HIPOFARINGE: EXTRUSÃO TARDIA DE PRÓTESE PÓS ARTRODESE DE COLUNA CERVICAL	TCP11	56
CORPO ESTRANHO EM LARINGE POR UM ANO APÓS INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL: RELATO DE CASO	TCP633	265
CORPO ESTRANHO PENETRANTE DE ÓBITA COM COMPROMETIMENTO DE SEIOS DA FACE: UM RELATO DE CASO	TCP1191	614
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE MEMBRANA LARÍNGEA EM CRIANÇA: RELATO DE CASO	TCP914	447
CORREÇÃO DE FÍSTULA LIQUÓRICA IATROGÊNICA EM CIRURGIA ENDOSCÓPICA	TCP119	532
CORREÇÃO DE FÍSTULA ORO-ANTRAL COM RETALHO DE BICHAT - RELATO DE CASO	TCP11198	721
CORREÇÃO DE LATERORRINIA COM TÉCNICA LET DOWN EM RINOPLASTIA PRESERVADORA	TCP42	194
CORREÇÃO ENDOSCÓPICA DE FÍSTULA LIQUÓRICA: SÉRIE DE CASOS	TCP1159	582
CORRELAÇÃO ENTRE ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS EM CRIANÇAS COM DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM	TCP511	232
CORRELAÇÃO ENTRE GENÓTIPOS E SINTOMAS NASOSSINUSAIS EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE FIBROSE CÍSTICA	TCP117	530
CORRELAÇÃO ENTRE MARCADORES INFLAMATÓRIOS AGUDOS E AVALIAÇÃO TARDIA DA FUNÇÃO OLFATÓRIA PÓS-COVID	TLSP34	45
CORRELAÇÃO ENTRE O SWAB NASAL COM O ANATOMOPATOLÓGICO E CULTURA DO TECIDO NA RINOSSINUSITE FÚNGICA	TCP11214	737
COVID-19 E PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA UMA ASSOCIAÇÃO POSSÍVEL	TCP1036	516
COVID-19: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS ASSOCIADAS COM INTERNAÇÕES NO SUL DO BRASIL	TCP21	100
CURVA DE APRENDIZADO EM OTOPLASTIAS	TCP411	203
DACRIOCISTORRINOSTOMIA ENDOSCÓPICA: OPÇÃO DE TRATAMENTO EM UM CASO DE ESTENOSE DAS VIAS LACRIMAIS	TCP11105	628
DEFORMIDADES NASAIS PROVOCADAS PELA HANSENÍASE: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA	TCP44	196
DEMANDA POR TELECONSULTA EM UM HOSPITAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19	TCP105	485
DENTE SUPRANUMERÁRIO EM FOSSA NASAL: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OBSTRUÇÃO NASAL	TCP1115	538
DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DE TUMOR ÓSSEO EM CABEÇA E PESCOÇO NA CRIANÇA: RELATO DE CASO	TCP98	441
DESARTICULAÇÃO INCUDOESTAPEDIANA E FRATURA DA PLATINA DO ESTRIBO POR TRAUMA COM HASTE FLEXÍVEL	TCP741	338
DESCOMPRESSÃO DE ÓRBITA DEVIDO EXOFTALMIA DE GRAVES POR VIA ENDOSCÓPICA NASAL	TCP1170	593
DIAGNÓSTICO DE MICROTIA UNILATERAL ASSOCIADO A PERDA AUDITIVA MISTA IPSILATERAL: UM RELATO DE CASO	TCP7110	407
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS PROLIFERAÇÕES ESCAMOSAS PAPILOMATOSAS - RELATO DE CASO	TCP656	288
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE RINOLITO EM ADULTO: RELATO DE CASO	TCP11170	693
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E TRATAMENTO DA CANDIDOMICOSE ORAL EM PACIENTES EM USO DE PRÓTESE DENTÁRIA	TCP132	87
DIFERENTES ABORDAGENS CIRÚRGICAS EM PACIENTE COM SÍNDROME DE EAGLE REFRAATÓRIO A MANEJO CONSERVADOR	TCP377	181
DISCORDÂNCIA RADIOLÓGICA/CIRÚRGICA DE DISJUNÇÃO DE CADEIA OSSICULAR APÓS TRAUMA: UM RELATO DE CASO	TCP742	339
DISFAGIA E PIGARRO SECUNDÁRIOS À VARIAÇÃO ANATÔMICA DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA DIREITA	TCP1027	507
DISFONIA E DISFAGIA COMO MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS INICIAIS DA TUBERCULOSE LARÍNGEA	TCP654	286
DISFONIA ESPASMÓDICA E O USO DE INJEÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA: UMA REVISÃO ASSISTEMÁTICA.	TCP665	297
DISH ASSOCIADA A COMPRESSÃO DE HIPOFARINGE LEVANDO A DISFAGIA, UM RELATO DE CASO.	TCP631	263
DISPLASIA ECTODÉRMICA ANIDRÓTICA ASSOCIADA A RINITE ATRÓFICA	TCP939	472
DISPLASIA FIBROSA CRANIOFACIAL: RELATO DE CASO	TCP321	125
DISPLASIA FIBROSA DE OSSO TEMPORAL CURSANDO COM PERDA AUDITIVA CONDUTIVA: RELATO DE CASO	TCP715	312
DISPLASIA FIBROSA DO OSSO TEMPORAL	TCP733	330
DISPLASIA FIBROSA EM MAXILA: RELATO DE CASO	TCP1034	514
DISPLASIA FIBROSA: UM RELATO DE CASO	TCP11197	720
DISSOCIAÇÃO ENTRE VHIT E PROVA CALÓRICA: UM MARCADOR DA DOENÇA DE MENIÈRE? – UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	TLSP26	37
DISTÚRBO DO OLFATO E O ENVELHECIMENTO	TLSP312	53
DOENÇA DE CASTLEMAN MULTICÊNTRICA COM ACOMETIMENTO DE TONSILAS PALATINAS: RELATO DE CASO	TCP116	71
DOENÇA RELACIONADA AO IGG 4 ACOMETENDO SISTEMA NERVOSO CENTRAL: UM RELATO DE CASO	TCP1022	502
DOENÇAS VESICO-BOLHOSAS: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	TCP1015	495
DUPLO ARCO AÓRTICO E REPERCUSSÕES CLÍNICAS: UM RELATO DE CASO	TCP945	478
EDEMA DE REINKE - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NO HOSPITAL OFTALMOLÓGICO DE SOROCABA	TCP66	238
EFICÁCIA DE SUBSTÂNCIAS INJEÁVEIS NO TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA GLÓTICA: REVISÃO SISTEMÁTICA	TLSP111	28
ELETROESTIMULAÇÃO PARA TRATAMENTO DE DISFONIA	TCP56	227
EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA PÓS CLORIDRATO DE NAFAZOLINA NASAL: UM RELATO DE CASO	TCP1018	498
ENCEFALOCELE FRONTO-ETMOIDAL: UM RELATO DE CASO	TCP11210	733
ENDOSCOPIC ORBITAL DECOMPRESSION AS ADJUVANT TREATMENT FOR SUPERIOR RECTUS MUSCLE PYOMYOSITIS	TCP1181	604
EOSINOFILIA SÉRICA: UM IMPORTANTE MARCADOR PROGNÓSTICO NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA POLIPOSE NASAL.	TCP1150	573
EPIDEMIOLOGIA DAS INTERNAÇÕES POR PAROTIDITES VIRAIS NO AMAZONAS DE 2009-2022	TCP119	74
EPIDEMIOLOGIA DAS NEOPLASIAS MALIGNAS DA LARINGE NO AMAZONAS EM 10 ANOS	TCP332	136
EPIDEMIOLOGIA DAS OTITES MÉDIAS E OUTROS TRANSTORNOS DO OUVIDO MÉDIO/MASTOIDE NO AMAZONAS EM 11 ANOS	TCP746	343
EPIDEMIOLOGIA DE CIRURGIAS PARA CORREÇÃO DE FÍSTULA ORO-NASAL E ORO-SINUSAL NO BRASIL, 2013 A 2021	TCP1114	537

TEMA	CÓDIGO	PÁGINA
EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS DO SONO ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO NO NORTE DO PAÍS	TCP122	77
EPISTAXE APÓS LIGADURA DE ARTÉRIA ESFENOPALATINA ASSOCIADO A CÂNCER NEUROENDÓCRINO: RELATO DE CASO	TCP118	531
ESCITALOPRAM COMO ADJUVANTE NO TRATAMENTO DO ZUMBIDO	TCP750	347
ESFENOIDITE EM SEPTO PNEUMATIZADO INTERESFENOIDAL: UM RELATO DE CASO.	TCP11164	687
ESTAFILOCOCIA POR MRSA COMO DIFERENCIAL DE RINOSSINUSITE FÚNGICA INVASIVA - UM RELATO DE CASO	TCP1148	571
ESTENOSE CONGÊNITA DA ABERTURA PIRIFORME: UMA CAUSA RARA DE OBSTRUÇÃO NASAL	TCP11115	638
ESTENOSE DE COANA BILATERAL EM PACIENTE DO SEXO FEMININO DE 52 ANOS - RELATO DE CASO	TCP11193	716
ESTENOSE SUBGLÓTICA DE APRESENTAÇÃO ATÍPICA: RELATO DE CASO	TCP916	449
ESTENOSE SUBGLÓTICA PÓS-INTUBAÇÃO PROLONGADA POR COVID 19 - UM RELATO DE CASO	TCP617	249
ESTESIONEUROBLASTOMA COM METÁSTASE CERVICAL: RELATO DE CASO	TCP11173	696
ESTOMATITE UREMICA: RELATO DE CASO	TCP1025	505
ESTUDO ANÁTOMO-RADIOLÓGICO DO PROCESSO UNCINADO: UMA QUEBRA DE PARADIGMA	TLSP313	54
ESTUDO DE FOLLOW UP DE PACIENTES COM SURDEZ SÚBITA EM HOSPITAL TERCIÁRIO	TLSP19	33
ESTUDO DE SINAIS E SINTOMAS SUGESTIVOS DE REFLUXO LARINGOFARÍNGEO EM ESTUDANTES NO AMAZONAS	TCP649	281
ESTUDO DO EFEITO OTOPROTETOR DA DEXAMETASONA NA OTOTOXICIDADE INDUZIDA POR CISPLATINA EM RATOS	TCP14	11
EVALUATION OF SURGICAL RESULTS OF BAHY ATTRACT SYSTEM IMPLANTATIONS COMPARING DIFFERENT INCISIONS	TCP7101	398
EVOLUÇÃO CLÍNICA DE OTITE MÉDIA TUBERCULOSA: UM RELATO DE CASO.	TCP796	393
EXÉRESE DE CÁLCULO EM DUCTO LACRIMAL POR VIA NASAL ENDOSCÓPICA: RELATO DE CASO	TCP1125	548
EXÉRESE DE GLÂNDULA LACRIMAL - UM RELATO DE CASO	TCP382	186
EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA EM SERVIÇO CIRÚRGICO OTORRINOLARINGOLÓGICO	TCP925	458
EXTRATO DE PELARGONIUM SIDOIDES PARA INFECÇÕES AGUDAS DO TRATO RESPIRATÓRIO SUPERIOR	TCP1122	545
EXTRUSÃO DE PRÓTESE NO PÓS-OPERATÓRIO DE TIREOPLASTIA TIPO 1: RELATO DE CASO	TCP650	282
FACTORS ASSOCIATED TO LANGUAGE DEVELOPMENT IN CHILDREN WITH PRELINGUAL DEAFNESS	TLSP41	39
FARINGITE AGUDA E AMIGDALITE AGUDA NO RIO GRANDE DO SUL: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS ÚLTIMOS 5 ANOS	TCP138	93
FARINGOTONSILITE MULTIRRESISTENTE: UM DESAFIO TERAPÊUTICO	TCP121	76
FASCEÍTE NECROTIZANTE CERVICAL COM ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR: UM RELATO DE CASO	TCP343	147
FACTORES DE RISCO PARA LESÃO LARINGOTRAQUEAL APÓS INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL EM PACIENTES COM COVID-19	TCP13	10
FECHAMENTO DE FÍSTULA BUCOSSINUSAL: RELATO DE CASO	TCP140	95
FIBROMA OSSIFICANTE DO OSSO FRONTAL - RELATO DE CASO	TCP1184	607
FIBROMA OSSIFICANTE PSAMOMATOIDE AGRESSIVO: RELATO DE CASO	TCP11111	634
FÍSTULA LIQUÓRICA APÓS SWAB NASOFARÍNGEO PARA DETECÇÃO DO VÍRUS SARS-COV-2: UM RELATO DE CASO.	TCP1140	563
FÍSTULA LIQUORICA CAUSADA POR COLETA DE SWAB PARA COVID.	TCP11187	710
FÍSTULA LIQUÓRICA ETMOIDAL APÓS SWAB NASAL PARA RT-PCR DE SARS COV-2: RELATO DE CASO	TCP11194	717
FÍSTULA LIQUÓRICA NASAL EM PACIENTE ADULTA JOVEM COM HISTÓRICO DE MENINGITE - UM RELATO DE CASO	TCP1113	536
FISTULA LIQUORICA POS TRAUMÁTICA COM COMPLICAÇÃO POR MENINGITE: RELATO DE CASO	TCP795	392
FÍSTULA LIQUÓRICA RINOGÊNICA ESFENOIDAL COM CORREÇÃO ENDOSCÓPICA NASAL: RELATO DE CASO	TCP11225	748
FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA EM CRIANÇA APÓS INGESTÃO DE SODA CÁUSTICA - UM RELATO DE CASO	TCP63	235
FRAGMENTO DE HASTE FLEXÍVEL NO SACO LACRIMAL: RELATO DE CASO	TCP1162	585
FRATURA LARÍNGEA NÃO TRAUMÁTICA EM PACIENTE ADULTO – RELATO DE CASO	TCP660	292
FRONT SINUS MUCOPYCELE: A CASE REPORT	TCP1158	581
FRONTAL SINUS MUCOCELE: A CASE REPORT.	TCP1174	597
GLOMANGIOPERICITOMA NASOSSINUSAL-RELATO DE CASO	TCP313	117
GLOMUS JUGULAR - RELATO DE CASO	TCP743	340
GLOMUS TÍMPÂNICO: RELATO DE CASO	TCP747	344
GOMA SIFILÍTICA	TCP1011	491
GRANULOMA DE COLESTEROL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM LESÕES CÍSTICAS DE CONDUITO AUDITIVO EXTERNO	TCP74	301
GRANULOMA DE COLESTEROL DO OSSO PETROSO: RELATO DE CASO	TCP786	383
GRANULOMA DE COLESTEROL GIGANTE EM ÁPICE PETROSO COM EXTENSÃO PARA FOSSA POSTERIOR: RELATO DE CASO	TCP720	317
GRANULOMA GIGANTE DE TERÇO MÉDIO DE LARINGE - RELATO DE CASO	TCP611	243
GRANULOMA PIOGÊNICO DE LARINGE: RELATO DE CASO	TCP663	295
GRANULOMA PIOGÊNICO DE LÍNGUA EM LACTENTE: RELATO DE CASO	TCP347	151
GRANULOMA PIOGÊNICO DE PREGA VOCAL – RECIDIVA PRECOZE – RELATO DE CASO	TCP616	248
GRANULOMA PIOGÊNICO E NEOPLASIA MESENQUIMAL ATÍPICA: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE MASSA NASAL	TCP940	473
GUSHER PERILINFÁTICO EM ESTAPEDECTOMIA - RELATO DE CASO	TCP7107	404
HÁ CORRELAÇÃO ENTRE SÍNDROME DA APNEIA E HIPOPLASIA OBSTRUTIVA DO SONO E HIPERTENSÃO PULMONAR?	TCP115	70
HAMARTOMA CONDROMESENQUIMAL NASAL EM ADULTO: UM RELATO DE CASO	TCP11119	642
HAMARTOMA EPITELIAL ADENOMATOIDE DE FOSSA NASAL: UM RELATO DE CASO	TCP11185	708
HAMARTOMA LEIOMIOMATOSO - UM RELATO DE CASO	TCP312	116

TEMA	CÓDIGO	PÁGINA
HEMANGIOMA CAPILAR LOBULAR COMO CAUSA DE OTORRAGIA DE REPETIÇÃO: UM RELATO DE CASO	TCP730	327
HEMANGIOMA CAPILAR LOBULAR, UMA POSSÍVEL CAUSA DE OBSTRUÇÃO NASAL	TCP1112	535
HEMANGIOMA CAVERNOSO DO MÚSCULO TEMPORAL: APRESENTAÇÃO ATÍPICA	TCP732	329
HEMANGIOMA CAVERNOSO EM OROFARINJE: UM RELATO DE CASO	TCP35	109
HEMANGIOMA DE DORSO NASAL: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES DA LINHA MÉDIA	TCP46	198
HEMANGIOMA LARÍNGEO SUPRA-GLÓTICO - UM RELATO DE CASO	TCP647	279
HEMANGIOMA NASAL COM RESPOSTA A TRATAMENTO COM BETABLOQUEADOR	TCP11124	647
HEMATOMA CERVICAL PÓS-TROMBÓLISE EM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: RELATO DE CASO.	TCP357	161
HEMATOMA E ABSCESSO SEPTAL NASAL EM CRIANÇA: UM CASO INCOMUM NO PRONTO ATENDIMENTO	TCP11196	719
HEMOFILIA ADQUIRIDA TIPO A – MANIFESTAÇÃO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	TCP385	189
HEMORRAGIA LABIRÍNTICA DESENCADEANDO SURDEZ SÚBTA.	TCP7116	413
HERPES ZOSTER FACIAL: UM RELATO DE CASO	TCP1012	492
HERPES-ZÓSTER COM ACOMETIMENTO RARO DO RAMO MANDIBULAR DO NERVO TRIGÊMEO ISOLADO: UM RELATO DE CASO	TCP1023	503
HIPOPLASIA DE NERVO COCLEAR: IMPLANTE COCLEAR? - RELATO DE CASO	TCP7114	411
HIPOPLASIA DE NERVO OLFATÓRIO: UM RELATO DE CASO	TCP11113	636
HISTOPLASMOSE EXCLUSIVA DE MUCOSA ORAL E LARÍNGEA EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO: RELATO DE CASO.	TCP648	280
HISTOPLASMOSE NASAL SEM ACOMETIMENTO PULMONAR EM PACIENTE IMUNOCOMPROMETIDO	TCP11117	640
IDADE MÉDIA E MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA AMBULATÓRIO DE SURDEZ INFANTIL	TCP7118	415
IMPACTO DA ESTRATÉGIA ADOTADA PARA REDUÇÃO DA EVASÃO DA TANU EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	TCP926	459
IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NAS RESSECÇÕES DE LESÕES MALIGNAS DE CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	TCP15	60
IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NAS INTERNAÇÕES POR RINOSSINUSITE CRÔNICA	TCP1111	534
IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NOS ATENDIMENTOS DE HOSPITAL OTORRINOLARINGOLÓGICO DE REFERÊNCIA	TCP1028	508
IMPACTO DA TIREOPLASTIA TIPO1 NA DISFAGIA DE PACIENTE COM IMOBILIDADE DE PREGA VOCAL UNILATERAL	TCP653	285
IMPACTO DO USO DA SOLUÇÃO COM XILITOL APÓS SEPTOPLASTIA ASSOCIADA À TURBINECTOMIA INFERIOR BILATERAL	TLSP310	51
IMPACTO DO USO DO ÁCIDO TRANEXÂMICO NA REDUÇÃO DO SANGRAMENTO INTRAOPERATÓRIO DE AMIGDALECTOMIAS	TCP130	85
IMPLANTE COCLEAR APÓS INTERNAÇÃO PROLONGADA POR COVID-19	TCP748	345
IMPLANTE COCLEAR EM PÓS COVID-19 POR INTERNAÇÃO PROLONGADA EM UTI	TCP789	386
IMPLANTE COCLEAR EM UMA PACIENTE COM MALFORMAÇÃO DE JANELA REDONDA - RELATO DE CASO	TCP7115	412
INCIDÊNCIA E GRAVIDADE DE COVID-19 EM PACIENTES COM RINITE ALÉRGICA EM TRATAMENTO COM IMUNOTERAPIA S	TLSP31	42
INDICADORES DE QUALIDADE DE UM PROGRAMA DE IMPLANTE COCLEAR EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	TCP739	336
INFECÇÃO ASSINTOMÁTICA PELO SARS-COV-2 NAS TONSILAS DE CRIANÇAS	TCP21	13
INFLUÊNCIA DOS INIBIDORES DE APOPTOSE NA RESPOSTA AO FUROATO DE MOMETASONA EM PACIENTES COM RSCCPN	TCP24	16
INSUFICIÊNCIA DE VÁLVULA NASAL APÓS CAUTERIZAÇÃO AMBULATORIAL COM ATA EM CRIANÇA: RELATO DE CASO	TCP911	444
INSUFICIÊNCIA VELOFARÍNGEA APÓS QUADRO DE COVID-19: RELATO DE CASO	TCP651	283
INTERNAÇÕES HOSPITALARES SUS PARA DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO E FARINGEO DE 2016 A 2021	TCP16	61
INTERNAÇÕES HOSPITALARES SUS PARA RETIRADA DE CORPOS ESTRANHOS: PANORAMA DE 2013 A 2021 NO BRASIL	TCP612	244
INTERNAÇÕES SUS PARA TRATAMENTO DE DOENÇAS DO OUVIDO EXTERNO, MÉDIO E MASTOIDE: 2015-2021 NO BRASIL	TCP77	304
INTERVENÇÃO COM ANTIMICROBIANO TÓPICO NASAL PARA PREVENÇÃO DE EPISTAXE RECORRENTE EM CRIANÇAS	TCP932	465
INTERVENÇÕES PARA DISFUNÇÃO OLFATÓRIA ASSOCIADA A COVID-19	TCP1126	549
INTERVENÇÕES PARA EPISTAXE À LUZ DAS REVISÕES SISTEMÁTICAS COCHRANE	TCP1134	557
ISOTRETINOÍNA EM RINOPLASTIA	TCP416	208
LANGUAGE DEVELOPMENT IN CHILDREN WITH PRELINGUAL DEAFNESS FROM A PUBLIC COCHLEAR IMPLANT PROGRAM	TCP22	14
LARINGECTOMIA TOTAL NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CARCINOMA DE CÉLULAS DE HURTHLE: UM RELATO DE CASO.	TCP374	178
LARINGITE FUNGICA NA VIGÊNCIA DE INFECÇÃO POR COVID 19 - SERIE DE CASOS	TCP641	273
LARINGOMALÁCIA DE INÍCIO TARDIO: UM RELATO DE CASO	TCP913	446
LARINGOMALÁCIA EM RECÉM NATO: UM RELATO DE CASO.	TCP936	469
LARINGOMALÁCIA EM RECÉM-NASCIDO COM ZICA VÍRUS CONGÊNITA: UM RELATO DE CASO	TCP944	477
LATERALIZAÇÃO DE PREGA VOCAL - SÉRIE DE CASOS	TCP928	461
LEIOMIOMA VASCULAR NASAL: RELATO DE CASO	TCP1127	550
LEIOMIOSSARCOMA NA CAVIDADE NASAL	TCP11128	651
LEISHMANIOSE MUCOCUTÂNEA, IMPORTANCIA DA AVALIAÇÃO IMUNOLÓGICA ASSOCIADA À PESQUISA DE AMASTIGOTOS	TCP11141	664
LEISHMANIOSE LARÍNGEA EM PACIENTE AGRICULTOR - UM RELATO DE CASO	TCP613	245
LEISHMANIOSE MUCOCUTÂNEA FORMA TARDIA NASAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE RINITE ATRÓFICA (OZENA)	TCP11201	724
LEISHMANIOSE MUCOSA COM MANIFESTAÇÃO EM OROFARINJE: RELATO DE CASO	TCP1020	500
LEISHMANIOSE MUCOSA: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE PERFURAÇÃO SEPTAL - RELATO DE CASO	TCP1152	575
LESÃO EM TONSILA PALATINA DIREITA COMO MANIFESTAÇÃO DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B	TCP118	73
LESÃO EXPANSIVA DO SEIO MAXILAR DIREITO: RELATO DE CASO	TCP32	106
LESÃO TRAUMÁTICA DE VIA AÉREA – UM RELATO DE CASO	TCP662	294

TEMA	CÓDIGO	PÁGINA
LINFANGIOMA EM REGIÃO MAXILAR ESQUERDA PROFUNDA: UM RELATO DE CASO	TCP34	108
LINFANGIOMA MICROCÍTICO DE LÍNGUA: DESAFIOS NO MANEJO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO	TCP342	146
LINFOMA DE BURKITT NASAL EM CRIANÇA: RELATO DE CASO	TCP917	450
LINFOMA NÃO HODGKIN MANIFESTANDO-SE COM MASSA EM REGIÃO MALAR: RELATO DE CASO	TCP1173	596
LINFOMA NASAL: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL RARO DA OBSTRUÇÃO NASAL – RELATO DE CASO	TCP1171	594
LINFOMA T/NK EXTRANODAL DE APRESENTAÇÃO ATÍPICA: UM RELATO DE CASO.	TCP11108	631
LOCALIZAÇÃO ATÍPICA DE DENTRE SUPRANUMERÁRIO EM SEIO MAXILAR: UM RELATO DE CASO	TCP1183	606
MALFORMAÇÃO VASCULAR VENOSA PROFUNDA EM FACE: RELATO DE UM CASO	TCP336	140
MALIGNIDADES PRIMÁRIAS SINCRÔNICAS DE LARINGE E PULMÃO E TUBERCULOSE PULMONAR: RELATO DE CASO	TCP632	264
MANIFESTAÇÃO OTOLÓGICA DECORRENTE DA COVID-19: RELATO DE CASO	TCP714	311
MANIFESTAÇÃO OTORRINOLARINGOLÓGICA NA SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO: RARO RELATO DE CASO	TCP942	475
MANIFESTAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS DE GRANULOMATOSE COM POLIANGÊITE: UM RELATO DE CASO	TCP1033	513
MASTOIDITE ESCAMOSIZOMÁTICA À DIREITA - UM RELATO DE CASO	TCP716	313
MASTOIDITE EVOLUINDO COM ABSCESSO RETROAURICULAR E EMPIEMA SUBDURAL EM CRIANÇA DE 2 ANOS DE IDADE	TCP7120	417
MAXILECTOMIA MEDIAL ENDOSCÓPICA REVERSÍVEL PARA RESSECÇÃO DE PÓLIPO ANTROCOANAL - RELATO DE CASO	TCP11155	678
MEDIASTINETE AGUDA: SERIE DE CASOS	TCP356	160
MELANOMA AMELANÓTICO DE MUCOSA NASOSSINUSAL: UM RELATO DE CASO	TCP11102	625
MELANOMA DE MUCOSA NASOSSINUSAL. RELATO DE CASO.	TCP37	111
MELANOMA METASTÁTICO EM ESPAÇO MASTIGATÓRIO COM SÍTIO PRIMÁRIO OCULTO	TCP369	173
MELANOMA NASAL EM PACIENTE COM QUEIXA DE OBSTRUÇÃO NASAL E EPISTAXE: RELATO DE CASO	TCP1179	602
MELANOMA PRIMÁRIO DE PARÓTIDA	TCP358	162
MEMBRANA LARINGEA EM ADULTO: UM RARO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	TCP629	261
MÉNIERE-LIKE EM MENINGIOMA CAUSANDO COMPRESSÃO DO SACO ENDOLINFÁTICO: RELATO DE CASO	TCP721	318
MENINGIOMA DE ÂNGULO PONTO-CEREBELAR DIAGNOSTICADO COM AUXÍLIO DA AUDIOMETRIA DE ALTAS FREQUÊNCIAS	TCP755	352
MENINGIOMA NASAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA	TCP11184	707
MEPOLIZUMABE REDUZ A NECESSIDADE DE CIRURGIA EM PACIENTES COM RINOSSINUSITE CRÔNICA COM PÓLIPO NASAL	TCP116	529
MEPOLIZUMABE REDUZ O USO SISTÊMICO DE CORTICOSTEROIDES EM PACIENTES COM RSCCPN	TCP115	528
MIXOMA DE PREGAS VOCAIS: UM RELATO DE CASO	TCP61	233
MUCOCELE COM REPERCUSSÕES OFTALMOLÓGICAS - UM RELATO DE CASO	TCP11179	702
MUCOCELE EM EPIGLOTE: RELATO DE CASO	TCP661	293
MUCOCELE EM SEIO ETMOIDAL ANTERIOR: RELATO DE CASO	TCP11125	648
MUCOCELE ETMOIDAL COM ACOMETIMENTO ORBITÁRIO EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO	TCP11109	632
MUCOCELE FRONTOETMOIDAL COMPLICADA COM EROSIÃO DE PAREDE POSTERIOR DO OSSO FRONTAL E SUA ABORDAGEM CI	TCP11223	746
MUCOCELE FRONTOETMOIDAL COMPLICADA COM MUCOPIOCELE E ABSCESSO INTRAORBITÁRIO: RELATO DE CASO	TCP1017	497
MUCOCELE FRONTOETMOIDAL EM PACIENTE IDOSA: RELATO DE CASO	TCP11129	652
MUCOCELE FRONTOETMOIDAL SECUNDÁRIA A FIBROMA OSSIFICANTE DE SEIO PARANASAL: RELATO DE CASO	TCP11136	659
MUCOCUTANEOUS LEISHMANIASIS WITH EXTENSIVE INVOLVEMENT AND SEVERE CONSEQUENCES	TCP1165	588
MUCOPIOCELE DE CONCHA MÉDIA BOLHOSA: RELATO DE CASO	TCP1198	621
MUCOPIOCELE FRONTOETMOIDAL E MAXILAR: RELATO DE CASO	TCP11130	653
MUCORMICOSE - UM IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS RINOSSINUSITES FÚNGICAS INVASIVAS	TCP11131	654
MUCORMICOSE EM PACIENTE DIABÉTICA PÓS CIRURGIA OFTALMOLÓGICA: RELATO DE CASO	TCP11112	635
MUCORMICOSE ESFENOIDAL E COMPROMETIMENTO DA VISÃO: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEGUIMENTO CLÍNICO	TCP11143	666
MUCORMICOSE NASAL: TRATAMENTO RÁPIDO EVITA SEQUELAS E ÓBITO.	TCP11121	644
MUCORMICOSE NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO	TCP1176	599
MUCORMICOSE PÓS COVID-19: RELATO DE CASO	TCP11205	728
MUCORMICOSE PÓS INTERNAÇÃO POR COVID-19: RELATO DE CASO	TCP114	527
MUCORMICOSE RINO-ÓRBITO-CEREBRAL: UM RELATO DE CASO	TCP11189	712
NARIZ EM SELA E PERFURAÇÃO DE PALATO DURO SECUNDÁRIOS A HANSENÍASE COMPLICADA POR MÍFASE	TCP1118	541
NARIZ EM SELA SECUNDÁRIO A GRANULOMATOSE DE WEGENER	TCP1119	542
NASOANGIOFIBROMA ATÍPICO: RELATO DE CASO	TCP11220	743
NASOANGIOFIBROMA JUVENIL – DIAGNÓSTICO DESAFIADOR EM OTORRINOLARINGOLOGIA	TCP11135	658
NASOANGIOFIBROMA JUVENIL: SERIE DE CASOS	TCP11137	660
NASOANGIOFIBROMA JUVENIL: A IMPORTÂNCIA DE SE INVESTIGAR EPISTAXE	TCP1131	554
NECROSE NASAL ASSOCIADA A SEPSE DE FOCO URINÁRIO - UM RELATO DE CASO	TCP1151	574
NEOPLASIA MALIGNA NASOSSINUSAL INDIFERENCIADA: RELATO DE CASO	TCP11149	672
NEUROBLASTOMA DO OLFATÓRIO EM RINOFARINGE	TCP11195	718
NEUROBLASTOMA OLFATÓRIO: SOBREVIDA E COMPLICAÇÕES – RELATO DE CASO	TCP11146	669
NEUROFIBROMA SOLITÁRIO EM BASE DE LÍNGUA	TCP348	152

TEMA	CÓDIGO	PÁGINA
NEUROFIBROMATOSE TIPO 2 COM REPERCUSSÕES OTONEUROLÓGICAS EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO	TCP941	474
NÓDULO EM BAMBUI EM LARINGOSCOPIA DE PACIENTE COM LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: RELATO DE CASO	TCP644	276
NUT MIDLINE CARCINOMA EM NASOFARINGE - UM RELATO DE CASO	TCP920	453
O “CHIP DA BELEZA” ESTÁ ASSOCIADO À PATOLOGIA DA LARINGE E DA VOZ?	TLSP112	29
O ATRASO DE LINGUAGEM NA CONSULTA AMBULATORIAL PEDIÁTRICA	TCP57	228
O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NAS CIRURGIAS NASOSSINUSAIS PELO SUS NO BRASIL 2016 A 2021	TCP1149	572
O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NAS PRINCIPAIS CIRURGIAS OTOLÓGICAS PELO SUS NO BRASIL 2016-2021	TCP719	316
O IMPACTO DA PERDA AUDITIVA NO DESENVOLVIMENTO DAS CRIANÇAS: DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO PRECOCE	TCP59	230
O PAPEL DA OTORRINOLARINGOLOGIA NO DIAGNÓSTICO DA GRANULOMATOSE COM POLIANGEITE: UM RELATO DE CASO	TCP11153	676
O PERFIL DE PACIENTES COM ATRASO DE APRENDIZAGEM ATENDIDOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	TCP510	231
O PERIGO DE LESÕES COEXISTENTES: GRANULOMA PIOGÊNICO E COLESTEATOMA SOBREPOSTO COM GLOMUS JUGULAR	TCP768	365
O USO DE CORTICOSTEROIDE INTRATIMPÂNICO NA PERDA AUDITIVA NEUROSSENSORIAL SÚBITA – RELATO DE CASO	TCP7117	414
OBSTRUÇÃO NASAL COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE LINFOMA NÃO-HODGKIN LINFOCÍTICO DE PEQUENAS CÉLULAS B	TCP1143	566
OBSTRUÇÃO NASAL EM PACIENTE PEDIÁTRICO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO	TCP930	463
OCORRÊNCIA DE LARINGOTRAQUETITE DURANTE A INTERNAÇÃO DE PACIENTE PEDIÁTRICO: UM RELATO DE CASO	TCP943	476
OCORRÊNCIA SIMULTÂNEA DE CARCINOMA PAPILÍFERO E CARCINOMA MEDULAR DE TIREÓIDE RELATO DE CASO	TCP361	165
OCORRÊNCIAS TRANSITÓRIAS DE SANGRAMENTO, EDEMA E OBSTRUÇÃO NASAL NO PÓS-OPERATÓRIO DE RINOPLASTIAS	TCP424	216
OPÇÃO DE TRATAMENTO PARA AMELOBLASTOMA MANDIBULAR EM PACIENTES JOVENS	TCP346	150
OS DESAFIOS DO TRATAMENTO DO LINFANGIOMA ORBITÁRIO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA	TCP96	439
OS GRAUS DE GRAVIDADE DO QUADRO DE COVID-19 INFLUENCIAM A DISFUNÇÃO DE OLFATO E DE PALADAR?	TCP11222	745
OSTEOFITOSE CERVICAL COM PROJEÇÃO DE CORPO VERTEBRAL PARA REGIÃO DE OROFARINGE - UM RELATO DE CASO	TCP62	234
OSTEOMA DE OSSO FRONTAL - RELATO DE CASO	TCP1182	605
OSTEOMA DE SEIO FRONTAL EM PACIENTE JOVEM – UM RELATO DE CASO	TCP1128	551
OSTEOMA DO CONDUITO AUDITIVO EXTERNO E OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS NA ESCOLHA DA VIA DE ACESSO	TCP772	369
OSTEOMA FRONTO-ETMOIDAL EM ADOLESCENTE ASSOCIADO A PROPTOSE: RELATO DE CASO	TCP11213	736
OTITE EXTERNA COMO COMPLICAÇÃO DE PRESENÇA E RETIRADA INADEQUADA DE CORPO ESTRANHO	TCP7111	408
OTITE EXTERNA MALIGNA REFRATÁRIA ASSOCIADA A LESÃO OBLITERANDO CAE- UM RELATO DE CASO	TCP758	355
OTITE EXTERNA NECROTIZANTE COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA, DISFAGIA E DISFONIA: RELATO DE CASO	TCP781	378
OTITE EXTERNA NECROTIZANTE UNILATERAL - ABORDAGEM CIRÚRGICA - RELATO DE CASO	TCP7109	406
OTITE EXTERNA NECROTIZANTE: NOSSAS EXPERIÊNCIAS	TCP7129	426
OTITE MÉDIA AGUDA TUBERCULOSA UNILATERAL COMPLICANDO COM NEUROTUBERCULOSE – RELATO DE CASO	TCP921	454
OTITE MÉDIA CRÔNICA COLESTEATOMATOSA COM COMPLICAÇÃO INTRACRANIANA: RELATO DE CASO	TCP763	360
OTITE MÉDIA CRÔNICA COMPLICADA COM ABSCESSO INTRACRANIANO: UM RELATO DE CASO	TCP718	315
OTITE MÉDIA CRÔNICA E PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA DE EM PACIENTE COM MÁ FORMAÇÃO DA ORELHA EXTERNA	TCP7122	419
OTITE MÉDIA TUBERCULOSA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO	TCP766	363
OTOHEMATOMA EM NEONATO: UM RELATO DE CASO	TCP915	448
OTOMASTOIDITE AGUDA COMO RECAÍDA DE LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA. RELATO DE CASO	TCP798	395
OTOMASTOIDITE AGUDA COMPLICADA COM TROMBOSE DE SEIOS VENOSOS E VEIA CAVA SUPERIOR: RELATO DE CASO	TCP7100	397
OTOMASTOIDITE BILATERAL POR MICOBACTÉRIA ATÍPICA E INFECÇÃO FÚNGICA CONCOMITANTES EM IMUNOCOMPETENTE	TCP764	361
OTOMASTOIDITE COMPLICADA COM ABSCESSO RETROAURICULAR E TROMBOSE DE SEIO SIGMOIDE: UM RELATO DE CASO	TCP91	434
OTOMASTOIDITE COMPLICADA COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA	TCP93	436
OTOMÍASE EM PACIENTE SEM FATORES DE RISCO	TCP75	302
OTOPATÓGENOS NA ORELHA MÉDIA E NA NASOFARINGE DE CRIANÇAS COM OTITE MÉDIA AGUDA RECORRENTE	TCP23	15
OTORRAGIA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE GLÔMUS JUGULO-TIMPÂNICO: RELATO DE CASO	TCP791	388
OTORRINOLARINGOLOGIA E COMPETÊNCIA CULTURAL: UMA REVISÃO ASSISTEMÁTICA	TCP1041	521
OTOSCLEROSE EM PACIENTE COM SÍNDROME DE DOWN	TCP754	351
PAINEL EPIDEMIOLÓGICO DAS NEOPLASIAS DE LÁBIO, CAVIDADE ORAL E FARINGE ENTRE OS SEXOS NA REGIÃO SUL	TCP1039	519
PANORAMA DAS CIRURGIAS PARA CORREÇÃO DE IMPERFURAÇÃO COANAL NOS ÚLTIMOS SETE ANOS, NO BRASIL	TCP1144	567
PANORAMA DAS CIRURGIAS PARA IMPLANTE COCLEAR NOS ÚLTIMOS SEIS ANOS NO BRASIL	TCP73	300
PANORAMA DAS INTERNAÇÕES POR FARINGITE E AMIGDALITE AGUDAS NA REGIÃO SUL DO BRASIL	TCP23	102
PANORAMA DAS LARINGECTOMIAS DE 2015 A 2021 NO BRASIL	TCP65	237
PANORAMA DE INTERNAÇÕES POR INFECÇÕES AGUDAS DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, DE 2013 A 2021, NO BRASIL	TCP1132	555
PAPILOMA INVERTIDO DE MANIFESTAÇÃO INCOMUM	TCP11199	722
PAPILOMA INVERTIDO E SEU POTENCIAL DE MALIGNIZAÇÃO: UM RELATO DE CASO	TCP11218	741
PAPILOMA ONCOCÍTICO EM FOSSA NASAL: UM RELATO DE CASO	TCP11186	709
PAPILOMATOSE LARÍNGEA - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LARINGITE EM IDADE ESCOLAR: RELATO DE CASO.	TCP912	445
PAPILOMATOSE LARÍNGEA RECORRENTE COM ACOMETIMENTO ESOFÁGICO: RELATO DE CASO	TCP640	272
PARACOCCIDIODOMICOSE DISSEMINADA COM MÚLTIPLAS LESÕES ORAIS E NASAIS - RELATO DE CASO	TCP1030	510

TEMA	CÓDIGO	PÁGINA
PARACOCCIDIODOMICOSE LARÍNGEO, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO.	TCP627	259
PARACOCCIDIODOMICOSE COMO APRESENTAÇÃO DE LESÃO ÚNICA EM MUCOSA DE SEPTO NASAL	TCP11168	691
PARACOCCIDIODOMICOSE: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	TCP113	68
PARAGANGLIOMA CAROTÍDEO: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA TUMORAÇÕES CERVICAIS	TCP379	183
PARAGANGLIOMA CERVICAL – ABORDAGEM DE TUMOR RARO DO CORPO CAROTÍDEO	TCP318	122
PARAGANGLIOMA JUGULOTIMPÂNICO: CASO COM EVOLUÇÃO TÍPICA E ABORDAGEM COMPLEXA	TCP761	358
PARALISIA BILATERAL DE PREGAS VOCAIS PÓS INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL POR COVID-19: RELATO DE CASO	TCP639	271
PARALISIA DE BELL COMO COMPLICAÇÃO DE OTITE MÉDIA CRÔNICA	TCP780	377
PARALISIA DE PREGA VOCAL PÓS VIRAL: RELATO DE CASO	TCP635	267
PARALISIA FACIAL NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	TCP918	451
PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA NA OTITE EXTERNA MALIGNA: RELATO DE CASO	TCP799	396
PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE IMPLANTE COCLEAR EM PACIENTE JOVEM	TCP725	322
PARANGANGLIOMA TIMPÂNICO: RELATO DE CASO	TCP317	121
PAROTIDECTOMIA MINIMAMENTE INVASIVA – UMA ALTERNATIVA PARA TUMORES SUPERFICIAIS E DE POLO INFERIOR	TCP320	124
PAROTIDITE BACTERIANA NEONATAL: RELATO DE CASO	TCP924	457
PAROTIDITE EM ADULTO - RELATO DE CASO	TCP33	107
PARRY-ROMBERG SYNDROME: CASE REPORT	TCP47	199
PARTIÇÃO INCOMPLETA TIPO I ASSOCIADA A SÍNDROME DE FLOATING HARBOR SUBMETIDO A IMPLANTE COCLEAR	TCP7112	409
PENFIGO VULGAR APRESENTANDO LESÕES ORAIS COMO ÚNICO SINTOMA	TCP18	63
PÊNFIGO VULGAR DE INSTALAÇÃO LARÍNGEA: UM RELATO DE CASO	TCP625	257
PENFIGOIDE BOLHOSO EM MUCOSA NASAL E ORAL: UM RELATO DE CASO	TCP136	91
PENFIGOIDE BOLHOSO MANIFESTANDO-SE COM LESÕES EM MUCOSA ORAL: RELATO DE CASO	TCP1016	496
PERDA AUDITIVA INDUZIDA POR NÍVEIS DE PRESSÃO SONORA ELEVADOS EM TRABALHADORES DO SUL DO BRASIL	TCP729	326
PERDA AUDITIVA SECUNDÁRIA A LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO – REPERCUSSÕES E REABILITAÇÃO	TCP779	376
PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL SECUNDÁRIA A INFECÇÃO POR COVID-19: UM RELATO DE CASO	TCP724	321
PERDA CONDUTIVA NA INFÂNCIA DEVIDO À OSSIFICAÇÃO DO LIGAMENTO SUSPENSOR DO MARTELO: RELATO DE CASO	TCP740	337
PERFIL DE INTERNAÇÃO DECORRENTE DE AFECÇÕES OTOLÓGICAS NO BRASIL E SUAS GRANDES REGIÕES EM 2021	TCP738	335
PERFIL DE INTERNAÇÕES EM SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA	TCP1040	520
PERFIL DE PACIENTES COM ABSCESSO CERVICAL EM SERVIÇO HOSPITALAR DE SÃO PAULO	TCP387	191
PERFIL DE PACIENTES COM SURDEZ PRÉ-LINGUAL IMPLANTADOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA DE IMPLANTE COCLEAR	TCP751	348
PERFIL DE PACIENTES DISFÁGICOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE DISFAGIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO	TCP107	487
PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS A VED EM UM SERVIÇO PRIVADO DE SALVADOR-BA	TCP127	82
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA RINOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DEFEITOS PÓS-TRAUMÁTICOS NO BRASIL	TCP1139	562
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR TRANSTORNOS TIREOIDIANOS NO AMAZONAS DE 2010-2021	TCP330	134
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS LARINGOTRAQUEÍTES AGUDAS NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA BRASILEIRA NA ÚLTIMA DÉCA	TCP658	290
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE FISSURAS LABIAIS E PALATINAS EM ALAGOAS	TCP143	98
PERFURAÇÃO ESOFÁGICA POR ASPIRAÇÃO DE GRANDE CORPO ESTRANHO EM VIA AÉREA SUPERIOR	TCP1026	506
PERICONDRITE REFRACTÁRIA EM PACIENTE COM DEFICIT COGNITIVO	TCP744	341
PIEZO CIRURGIA VERSUS OSTEOTOMIA CONVENCIONAL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DAS DUAS TÉCNICAS	TLSP13	24
PLASMOCITOMA: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL RARO NAS LESÕES DA BASE DO CRÂNIO	TCP11103	626
PLEOMORPHIC ADENOMA IN NASAL SEPTUM: A CASE REPORT	TCP1166	589
PODE A OTITE MÉDIA CRÔNICA SIMPLES LEVAR A PERDA AUDITIVA NEUROSSENSORIAL?	TLSP17	31
PÓLIPO ANTROCOANAL - RELATO DE CASO	TCP11150	673
PÓLIPO ANTROCOANAL - RELATO DE CASO	TCP1189	612
PÓLIPO DE KILLIAN EM PACIENTE COM SÍNDROME DE CORNELIA DE LANGE: RELATO DE CASO	TCP11127	650
PÓLIPO LINFANGIOMATOSO PEDUCULADO DE TONSILA PALATINA: RELATO DE CASO	TCP110	65
PÓLIPO LINFANGIOMATOSO PEDUNCULADO DE AMÍGDALA – RELATO DE CASO	TCP129	84
POROMA ÉCRINO DE VESTÍBULO NASAL – RELATO DE CASO	TCP11160	683
PÔSTER - BUCOFARINGOLOGIA E MEDICINA DO SONO	TCP11	
PREVALÊNCIA DE CÉLULAS FRONTAIS SEGUNDO A “INTERNATIONAL FRONTAL SINUS ANATOMY CLASSIFICATION”	TCP11212	735
PREVALÊNCIA DE DISTÚRBIOS OLFATÓRIOS EM PACIENTES COM COVID 19 ATENDIDOS NO HFA-DF	TCP1178	601
PREVALENCIA DO PNEUMOCOCO NA ORELHA MEDIA E NA NASOFARINGE DE CRIANÇAS COM OTITE MEDIA AGUDA	TLSP42	40
PROCESSO ESTILÓIDE ALONGADO EM PACIENTE COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA. RELATO DE CASO	TCP7123	420
PROCESSOS ESTILÓIDES ALONGADOS BILATERAIS - SÍNDROME DE EAGLE: RELATO DE CASO	TCP354	158
PROJÉTIL DE BORRACHA ALOJADO EM SEIOS PARANASAIS: RELATO DE CASO	TCP113	526
PROPRANOLOL EMPÍRICO EM LESÃO HIPERVASCULAR NASAL: RELATO DE CASO	TCP11178	701
PROTOCOLO FOTOGRÁFICO DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DE RINOPLASTIA EM SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA	TCP49	201
PSEUDO-ANEURISMA DE ARTÉRIA CARÓTIDA EXTERNA: COMPLICAÇÃO RARA DE AMIGDALECTOMIA - RELATO DE CASO	TCP910	443

TEMA	CÓDIGO	PÁGINA
PEUDOTUMOR DE LARINGE: RELATO DE CASO E LEVANTAMENTO DE DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS	TCP67	239
PUBLICAÇÃO DE LIVRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA - PARANÁ	TCP103	483
QUADRO ATÍPICO DE GRANULOMATOSE COM POLIANGEITE: UM RELATO DE CASO	TCP7131	428
QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS COM OTITE MÉDIA APÓS INSERÇÃO DE TUBO DE VENTILAÇÃO	TCP784	381
QUALIDADE DE VIDA PÓS-IMPLANTE COCLEAR EM CRIANÇAS COM DESORDEM DO ESPECTRO DA NEUROPATIA AUDITIVA	TCP723	320
QUANTAS MANOBRAS SÃO NECESSÁRIAS PARA O EFETIVO TRATAMENTO DA VPPB DE CANAL POSTERIOR DUCTOLITÍASE	TLSP23	34
QUEIXAS DE APRENDIZAGEM SÃO SEMPRE DECORRENTES DE DISTÚRBO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL?	TCP54	225
RABDOMIOMA FETAL EM LACTENTE: UM RELATO DE CASO	TCP922	455
RABDOMIOSSARCOMA DE SEIO ESFENOIDAL METASTÁTICO E COM EXTENSO COMPROMETIMENTO DA BASE CRANIANA	TCP11175	698
RABDOMIOSSARCOMA EMBRIONÁRIO DE LARINGE EM CRIANÇA - RELATO DE CASO	TCP938	471
RABDOMIOSSARCOMA EMBRIONÁRIO DE RINOFARINGE EM PACIENTE PEDIÁTRICO	TCP11110	633
RABDOMIOSSARCOMA EMBRIONÁRIO EM PACIENTE IDOSA	TCP31	105
RABDOMIOSSARCOMA EMBRIONÁRIO EXTENSO DE ORELHA MÉDIA: UM RELATO DE CASO.	TCP7103	400
RABDOMIOSSARCOMA INFANTIL COM MANIFESTAÇÃO NA CAVIDADE ORAL: UM RELATO DE CASO	TCP937	470
RAMSAY HUNT SYNDROME: A CASE REPORT	TCP1013	493
RÂNULA SUBLINGUAL ASSOCIADA A ABSCESSO INTRAORAL: UM RELATO DE CASO	TCP12	57
RARA APRESENTAÇÃO DE ACTINOMICOSE EM SEIOS PARANASAIS: UM RELATO DE CASO	TCP1186	609
REABILITAÇÃO AUDITIVA EM PACIENTES COM NEUROFIBROMATOSE TIPO 2	TCP767	364
REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA RINITE CRÔNICA ENTRE 2012 E 2022 NO BRASIL	TCP1129	552
RECONSTRUÇÃO DA BASE ANTERIOR DO CRÂNIO APÓS FERIMENTO POR ARMA DE FOGO: RELATO DE CASO	TCP11165	688
RECONSTRUÇÃO DE PAVILHÃO EM PACIENTE COM DEFORMIDADE CONGÊNITA DO TIPO "CUP EAR": RELATO DE CASO	TCP423	215
RECONSTRUÇÃO LARINGOTRAQUEAL COM ENXERTO DE CARTILAGEM PARA CORREÇÃO DE ESTENOSE POSTERIOR DA GLOTE	TCP623	255
RECONSTRUÇÃO NASAL EM PACIENTE EX USUÁRIA DE COCAÍNA	TCP420	212
RECONTRUÇÃO DE FERIMENTO NASAL EXTENSO POR TRAUMA FACIAL COM SERRA ELÉTRICA: RELATO DE CASO	TCP422	214
RECRUDESCÊNCIA DA MASTOIDITE COALESCENTE E NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO PRECOCE RELATO DE CAS	TCP79	306
REDUÇÃO DE FRATURA NASAL FECHADA EM CENTRO CIRÚRGICO: RELATO DE CASO	TCP11192	715
RELAÇÃO ENTRE A DEFICIÊNCIA AUDITIVA NÃO REABILITADA E O IMPACTO NO ÍNDICE DE RECONHECIMENTO DE FALA	TLSP18	32
RELAÇÃO ENTRE O EXAME OTORRINOLARINGOLÓGICO E DEMAIS PATOLOGIAS CLÍNICAS	TCP1024	504
RELATO DE CASO - EXTRUSÃO DE PRÓTESE DE TEFLON DO ESTRIBO	TCP797	394
RELATO DE CASO - SCHWANNOMA DE NERVO GLOSSOFARÍNGEO EM PACIENTE ADOLESCENTE	TCP341	145
RELATO DE CASO DE ADENOAMIGDALECTOMIA EM PORTADOR DE SÍNDROME DE HUNTER: A IMPORTÂNCIA DA VIA AÉREA.	TCP19	64
RELATO DE CASO DE NEOPLASIA VASCULAR: HEMANGIOPERICITOMA NASOSSINUSAL	TCP11133	656
RELATO DE CASO DE PACIENTE COM SÍNDROME DA TERCEIRA JANELA QUE SE MANIFESTOU COMO VPPB DE REPETIÇÃO	TCP7108	405
RELATO DE CASO DE SEROMA RECORRENTE EM PACIENTE QUE REALIZOU LIPOASPIRAÇÃO DE PAPADA.	TCP427	219
RELATO DE CASO OSTEOMA EM SEIO FRONTAL: ABORDAGENS	TCP11162	685
RELATO DE CASO: ACTINOMICOSE EM CAVIDADE NASAL QUE SIMULAVA RINOLITÍASE	TCP1190	613
RELATO DE CASO: CARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES EM PARÓTIDA	TCP338	142
RELATO DE CASO: CARCINOMA EPIDERMÓIDE DA CAVIDADE NASAL	TCP11151	674
RELATO DE CASO: CARCINOMA ESPINOCELULAR DO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO COMPLICADO COM PARALISIA FACIAL	TCP793	390
RELATO DE CASO: CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE LARINGE	TCP310	114
RELATO DE CASO: CARCINOMA PAPILÍFERO PRIMÁRIO DE CISTO TIREOGLOSSO	TCP381	185
RELATO DE CASO: COLESTEATOMA COMPLICANDO COM ABSCESSO CEREBELAR	TCP76	303
RELATO DE CASO: COMPLICAÇÃO INTRACRANIANA DE COLESTEATOMA COM MEMBRANA TIMPÂNICA ÍNTEGRA	TCP7127	424
RELATO DE CASO: CURATIVO COMPRESSIVO EM CASO DE RECOLEÇÃO DE PERICONDRITE.	TCP782	379
RELATO DE CASO: DIAFRAGMA LARÍNGEO POSTERIOR EM CRIANÇA SINDRÔMICA.	TCP634	266
RELATO DE CASO: DISFAGIA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE OGDEN.	TCP104	484
RELATO DE CASO: DISPLASIA FIBROSA MONOSTÓTICA GANHO DE CAMPIMETRIA COM DESCOMPRESSÃO DO NERVO ÓPTICO	TCP11163	686
RELATO DE CASO: DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA PÓS TRANSPLANTE	TCP947	480
RELATO DE CASO: ESTENOSE DE MEATO AUDITIVO EXTERNO E COLESTEATOMA	TCP7119	416
RELATO DE CASO: EVOLUÇÃO ATÍPICA DE RINOSINUSITE FÚNGICA INVASIVA AGUDA	TCP11107	630
RELATO DE CASO: FÍSTULA LIQUÓRICA ESPONTÂNEA EM TEGMEN TIMPÂNICO	TCP759	356
RELATO DE CASO: FÍSTULA LIQUÓRICA RINOGENICA ESPONTÂNEA	TCP11118	641
RELATO DE CASO: FÍSTULA OTOLÍQUORICA COMPLICADA COM MENINGITE BACTERIANA EM PACIENTE PEDIÁTRICO	TCP71	298
RELATO DE CASO: HEMANGIOMA CAVERNOSO DE SEIO MAXILAR	TCP11215	738
RELATO DE CASO: MASTOIDITE COMPLICADA COM TROMBOSE OTOGÊNICA DO SEIO VENOSO CEREBRAL.	TCP927	460
RELATO DE CASO: MENINGIOMA DE FOSSA ANTERIOR	TCP11152	675
RELATO DE CASO: MIRINGITE BOLHOSA ASSOCIADA À SURDEZ SÚBITA EM HOMEM JOVEM	TCP756	353
RELATO DE CASO: MUCORMICOSE RINOCEREBRAL EM UM PACIENTE COM CETACIDOSE DIABÉTICA	TCP1157	580

TEMA	CÓDIGO	PÁGINA
RELATO DE CASO: OSTEOMIELOITE CRÔNICA MANDIBULAR EM PACIENTE PEDIÁTRICO	TCP335	139
RELATO DE CASO: OSTEOSARCOMA DE MANDÍBULA EM ADULTO JOVEM	TCP339	143
RELATO DE CASO: OTITE MÉDIA COMPLICADA COM ABSCESSO DE BEZOLD EM CRIANÇA	TCP99	442
RELATO DE CASO: OTITE MÉDIA CRÔNICA COLESTEATOMATOSA COM EROÇÃO DE CANAL LATERAL E BAINHA ÓSSEA DO N	TCP794	391
RELATO DE CASO: PACIENTE COM SÍNDROME DE HAY-WELLS ASSOCIADO A OTITE MEDIA CRÔNICA COLESTEATOMATOSA	TCP788	385
RELATO DE CASO: PANSINUSOPATIA CRÔNICA COMPLICADA COM FÍSTULA FRONOCUTÂNEA	TCP11122	645
RELATO DE CASO: PERDA AUDITIVA RAPIDAMENTE PROGRESSIVA APÓS METOTREXATE PARA MANEJO DE ESCLERODERMIA	TCP745	342
RELATO DE CASO: PERDA AUDITIVA SÚBITA EM CRIANÇA ASSOCIADA À INFECÇÃO POR VÍRUS EPSTEIN BARR	TCP785	382
RELATO DE CASO: POLIPOSE NASAL EM USO DE IMUNOBIOLOGICO	TCP1175	598
RELATO DE CASO: QUERATOSE OBLITERANTE	TCP792	389
RELATO DE CASO: RECIDIVA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DIFUSO EM NASOFARINGE	TCP326	130
RELATO DE CASO: RETIRADA DE PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO E ORELHA MÉDIA.	TCP769	366
RELATO DE CASO: RINOSINUSITE ODONTOGÊNICA COM REMISSÃO DE SINTOMAS APÓS TRATAMENTO	TCP1154	577
RELATO DE CASO: SCHWANOMA NASAL	TCP11204	727
RELATO DE CASO: SÍNDROME DE EAGLE	TCP39	113
RELATO DE CASO: SÍNDROME DE HARTSFIELD COM REPERCUSSÃO AUDITIVA	TCP787	384
RELATO DE CASO: SÍNDROME DE KALLMANN	TCP11158	681
RELATO DE CASO: SÍNDROME DE LESCH-NYHAN DENTRE OS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DE UM PACIENTE COM SAHOS.	TCP128	83
RELATO DE CASO: SÍNDROME DE YOUNG	TCP11167	690
RELATO DE CASO: SIRINGOMA CONDOIDE EM MEATO ACÚSTICO EXTERNO	TCP727	324
RELATO DE CASO: SURDEZ SÚBITA BILATERAL SECUNDÁRIA À CARCINOMATOSE LEPTOMENÍNGEA	TCP7126	423
RELATO DE CASO: TRATAMENTO DE DISFONIA E DISMOTILIDADE DE PREGA VOCAL APÓS INTUBAÇÃO	TCP638	270
RELATO DE CASO: TUMOR NEUROENDÓCRINO DE ORELHA MÉDIA	TCP731	328
RESSECÇÃO CIRÚRGICA POR SWING MAXILAR EM PACIENTE COM ANGIOFIBROMA NASOFARÍNGEO: RELATO DE CASO	TCP368	172
RESSECÇÃO ENDONASAL DE ADENOMA HIPOFISÁRIO COM INVASÃO CLIVAL - UM RELATO DE CASO	TCP11191	714
RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA NASAL DE NASOANGIOFIBROMA JUVENIL COM EMBOLIZAÇÃO PRÉVIA: RELATO DE CASO	TCP11156	679
RESULTADOS CIRÚRGICOS E DESEMPENHO CLÍNICO DE UM IMPLANTE OSSEointegrado TRANSCUTÂNEO ATIVO	TLSP16	30
RETALHO DE MUCOSA JUGAL PARA COBERTURA DE ENXERTO DE CARTILAGEM COSTAL: RELATO DE CASO	TCP425	217
RETALHO MUSCULAR TEMPORAL APÓS RESSECÇÃO DE CÂNCER DE PELE NÃO MELANOMA: ANÁLISE DE 49 CASOS	TCP378	182
REVISITING ORBITAL COMPLICATIONS OF ARS: WHAT CLASSIFICATION HAS THE BEST CLINICAL APPLICABILITY?	TLSP33	44
RINECTOMIA TOTAL COM EXANTERIZAÇÃO DE ÓRBITA EM PACIENTE COM CARCINOMA BASOESCAMOSO: UM RELATO DE CASO	TCP349	153
RINECTOMIA TOTAL: CIRURGIA DE EXCEÇÃO PARA TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA DE PIRÂMIDE NASAL	TCP371	175
RINITE VASO-MOTORA E NEURECTOMIA DO VIDIANO: UM RELATO DE CASO	TCP11159	682
RINOPLASTIA APÓS USO DE PREENCHEDOR DEFINITIVO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA	TCP419	211
RINOPLASTIA SECUNDÁRIA: UMA SUCESSÃO DE TÉCNICAS COMPLEXAS PÓS PROCEDIMENTO RESSECTIVO MALSUCEDIDO	TCP429	221
RINOPLASTIA TERCIÁRIA PARA CORREÇÃO DE ASSIMETRIAS EM RINOPLASTIA DE PACIENTE COM LÁBIO LEPORINO	TCP426	218
RINOSSEPTOPLASTIA FECHADA E ABERTA NOS PERÍODOS 2014-2018 E 2019-2022: UM ESTUDO COMPARATIVO.	TCP413	205
RINOSSEPTOPLASTIA: CASUÍSTICA DE ACESSOS EM 9 ANOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL	TCP414	206
RINOSSINUSITE AGUDA COM COMPLICAÇÃO ORBITAL- RELATO DE CASO	TCP1153	576
RINOSSINUSITE AGUDA COMPLICADA COM ABSCESSO ORBITÁRIO: RELATO DE CASO	TCP11217	740
RINOSSINUSITE AGUDA COMPLICADA COM ABSCESSO SUBPERIOSTEAL NA ÓRBITA EM PACIENTE PEDIÁTRICO.	TCP931	464
RINOSSINUSITE AGUDA COMPLICADA COM OSTEOMIELOITE DO FRONTAL EM CRIANÇA: RELATO DE CASO	TCP1172	595
RINOSSINUSITE AGUDA MAXILAR ESQUERDA COMPLICADA COM EMPIEMA SUBDURAL E CELULITE ORBITÁRIA DIREITA	TCP11147	670
RINOSSINUSITE COMPLICADA COM COMPROMETIMENTO INTRACRANIANO E DESFECHO ADVERSO: RELATO DE CASO	TCP1137	560
RINOSSINUSITE CRÔNICA COM POLIPOSE NASAL ASSOCIADA A DEFICIÊNCIA DE IRAK4: UM RELATO DE CASO	TCP11120	643
RINOSSINUSITE FÚNGICA INVASIVA COMPLICADA COM SÍNDROME DO ÁPICE ORBITÁRIO: RELATO DE CASO	TCP11216	739
RINOSSINUSITE INFECCIOSA E NÃO INFECCIOSA NA PANDEMIA COVID-19: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO	TCP22	101
SAHOS E GRAU DE SONOLÊNCIA EM PACIENTES DE CLÍNICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE JOÃO PESSOA - PB	TCP144	99
SANGRAMENTO DURANTE TIMPANOPLASTIA POR ALTERAÇÃO ARTERIOVENOSA INTRACRANIANA: RELATO DE CASO	TCP72	299
SARCOMA ALVEOLAR DE CAVIDADE ORAL AGRESSIVO: RELATO DE CASO DE PACIENTE REFRACTÁRIO AO TRATAMENTO	TCP314	118
SARCOMA DE EWING EXTRA-ÓSSEO: RELATO DE CASO	TCP359	163
SARCOMA DE KAPOSI DE CAVIDADE NASAL E FARINGE: RELATO DE CASO	TCP1014	494
SARCOMA MIELOIDE EM TONSILA PALATINA DIREITA - RELATO DE CASO	TCP1032	512
SARCOMA SINOVIAL BIFÁSICO DE LARINGE: RELATO DE CASO DE UMA DOENÇA RARA	TCP388	192
SASA/UNIVALI: PANORAMA DA PRODUÇÃO CONSTANTE NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES ENTRE 2008 E 2019	TLSP43	41
SCHWANNOMA DE NASOFARINGE EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO.	TCP11154	677
SCHWANNOMA DE NERVO FACIAL EM FORAME JUGULAR: DA PARÓTIDA ATÉ A CISTERNA DO ÂNGULO PONTOCEREBELAR	TCP711	308
SCHWANNOMA DO CORNETO NASAL INFERIOR: RELATO DE CASO	TCP11219	742

TEMA	CÓDIGO	PÁGINA
SCHWANNOMA DO NERVO LARÍNGEO SUPERIOR ESQUERDO: UM RELATO DE CASO	TCP614	246
SCHWANNOMA EM LIGUA: RELATO DE CASO	TCP124	79
SCHWANNOMA VESTIBULAR COM HIDROCEFALIA COMUNICANTE E EDEMA DE PAPILA	TCP728	325
SECKEL SYNDROME AND CHOLESTEATOMA: A CASE REPORT	TCP734	331
SÉRIE DE CASOS: PERFURAÇÃO SEPTAL SECUNDÁRIA A TRAUMA UNGUEAL	TCP1168	591
SIALOLITÍASE DE GLÂNDULA SUBMANDIBULAR DIREITA: RELATO DE CASO	TCP135	90
SÍNDROME BRANQUIO-OTORRENAL: UM RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA	TCP934	467
SÍNDROME DE EAGLE ASSOCIADA A ZUMBIDO TRATADO COM SUCESSO COM CICLOBENZAPRINA	TCP717	314
SÍNDROME DE EAGLE: ASPECTOS DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	TCP323	127
SÍNDROME DE FISHER MILLER INDUZIDA POR COVID-19: RELATO DE CASO	TCP1029	509
SÍNDROME DE GORLIN-GOLTZ COM PERDA AUDITIVA NEUROSENSÓRIA – RELATO DE CASO	TCP7104	401
SÍNDROME DE GRADENIGO EM UM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA	TCP94	437
SÍNDROME DE GUSHER, COMPLICAÇÃO DE UMA ESTAPEDOTOMIA - RELATO DE CASO	TCP778	375
SÍNDROME DE KABUKI E MALFORMAÇÃO DE ORELHA MÉDIA (MONDINI) - RELATO DE CASO	TCP78	305
SÍNDROME DE KARTAGENER: RELATO DE CASO	TCP11200	723
SÍNDROME DE LEMIERRE: UM RELATO DE CASO	TCP664	296
SÍNDROME DE PLUMMER-VINSON: UM RELATO DE CASO	TCP14	59
SÍNDROME DE RAMSAY HUNT COM NEURITE VESTIBULOCOCLEAR: RELATO DE CASO	TCP776	373
SÍNDROME DE RAMSAY HUNT: RELATO DE CASO	TCP722	319
SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT: UM RELATO DE CASO	TCP752	349
SÍNDROME DE TOLOSA HUNT UM DOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DE CEFALÉIA RINOGÊNICA	TCP1021	501
SÍNDROME DE WARTHIN – RELATO DE CASO	TCP333	137
SÍNDROME DO SEIO SILENCIOSO: UM RELATO DE CASO	TCP11157	680
SINÉQUIA E GRANULOMA LIGANDO PROCESSOS VOCAIS APÓS IOT DE CURTA DURAÇÃO (4 DIAS)	TCP630	262
SINUSITE MAXILAR FÚNGICA BILATERAL – RELATO DE CASO	TCP1124	547
SINUSITE ODONTOGÊNICA CAUSADA POR CISTO DENTÍGERO	TCP1141	564
SISTEMATIZAÇÃO DE BASE DE DADOS DE PACIENTES COM OTITE MÉDIA CRÔNICA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	TCP7121	418
S-POINT COMO ORIGEM DE EPISTAXE GRAVE: UM RELATO DE CASO	TCP1167	590
SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA D PARA RINITE ALÉRGICA	TCP1136	559
SUPRAGLOTITE AGUDA EM IDOSO	TCP618	250
SURDEZ NEUROSENSÓRIA PERMANENTE DE INSTALAÇÃO TARDIA APÓS MENINGITE - RELATO DE CASO	TCP7125	422
SURDEZ SÚBITA BILATERAL EM PACIENTE COM DOENÇA DE BEHÇET.	TCP710	307
SURGICAL APPROACHES TO PETROCLIVAL MENINGIOMAS – PROPOSAL OF A TAKE-DECISION SYSTEM	TCP765	362
SUSCETIBILIDADE DO MODELO SWISS À AMICACINA	TLSP11	20
SUSPEITA DE LINFOMA NÃO-HODGKIN EM SÍTIO EXTRANODAL ACOMETENDO ANEL DE WALDEYER	TCP334	138
TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDIÁRIA – UMA RARA CAUSA DE EPISTAXE: RELATO DE DOIS CASOS	TCP11134	657
TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA - UM RELATO DE CASO	TCP102	482
TERAPIA NOTCH, UMA ESTRATÉGIA NO CONTROLE DO ZUMBIDO	TCP82	430
TERATOCARCINOSARCOMA NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO	TCP1116	539
TERATOCARCINOSARCOMA NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO	TCP1117	540
TERATOMA CONGÊNITO DE LÍNGUA EM NEONATO DE 05 DIAS DE VIDA: UM RELATO DE CASO.	TCP36	110
TETANO NO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA – RELATO DE CASO	TCP1031	511
THE IMPORTANCE OF ADDRESSING S POINT IN CASES OF SEVERE EPISTAXIS – A CASE REPORT	TCP11182	705
THE VOICE OF THE TRACHEOSTOMIZED PATIENT: ANALYSIS OF PATIENTS UNDERGOING TREATMENT	TCP68	240
TIMPANOPLASTIA COM ENXERTO DE MUCOSA DE CORNETO INFERIOR: SÉRIE DE CASOS	TCP770	367
TIREOIDE LINGUAL COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE HALITOSE	TCP141	96
TIREOIDECTOMIA TOTAL EM PACIENTE COM CARCINOMA DE TIREOIDE SEM ALTERAÇÕES EM EXAMES DE IMAGEM	TCP353	157
TIREOPLASTIA SUPRAGLÓTICA BILATERAL: UMA ALTERNATIVA À AUSÊNCIA DE FONTE SONORA GLÓTICA	TCP646	278
TIREOPLASTIA TIPO 3 UTILIZANDO TÉCNICA DE PLASTIA DE CARTILAGEM TIREÓIDEA: RELATO DE CASO	TCP652	284
TIREOPLASTIA TIPO-III, RESULTADOS	TLSP110	27
TORUS PALATINO COMO ACHADO INCIDENTAL NA CONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA: UM RELATO DE CASO	TCP134	89
TRANSMISSÃO SINÁPTICA EM PACIENTES COM TINNITUS TRATADOS COM NIMODIPINA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO	TLSP24	35
TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO E PERDA AUDITIVA SENSÓRIA NEURAL PROFUNDA: A IMPORTÂNCIA DE REALIZ	TCP53	224
TRATAMENTO CIRÚRGICO EM GLOMUS TIMPÂNICO. RELATO DE CASO	TCP736	333
TRATAMENTO CLÍNICO DA PAILOMATOSE LARÍNGEA RECORRENTE: UMA REVISÃO DE LITERATURA	TCP621	253
TRATAMENTO CONSERVADOR DE ABSCESSO RETROFARÍNGEO EM PACIENTE COM DISCRASIA SANGUÍNEA E NEFROPATIA	TCP351	155
TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE RINOPLASTIA COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA: RELATO DE DOIS CASOS	TCP43	195
TRATAMENTO DE EPISTAXE ANTERIOR, SEM COMPLICAÇÕES, COM O USO DO SUBGALATO DE BISMUTO.	TCP11221	744

TEMA	CÓDIGO	PÁGINA
TRATAMENTO DE EPISTAXE NO ESTADO DE SÃO PAULO: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DOS ÚLTIMOS 5 ANOS	TCP1142	565
TRATAMENTO DE NECROSE DE COLUMELA COM USO DE PRP EM RINOPLASTIA	TCP41	193
TRATAMENTO DE RINOFIMA COM USO DE BISTURI FRIO ASSOCIADO A ELETROCAUTÉRIO: UM RELATO DE CASO	TCP11171	694
TRATAMENTO EMPÍRICO DE TUBERCULOSE LARÍNGEA NA AMAZÔNIA: UM RELATO DE CASO	TCP624	256
TRATAMENTO MINIMAMENTE-INVASIVO UTILIZANDO ALCOOLIZAÇÃO EM CISTO BENIGNO DE PARÓTIDA: RELATO DE CASO	TCP331	135
TRATAMENTO PRECOCE DE SURDEZ SÚBITA PROFUNDA EM UM PACIENTE JOVEM	TCP775	372
TRATAMENTOS ADJUVANTES PARA PREVENÇÃO DE RECIDIVA DE QUELOIDE: RELATO DE CASO	TCP48	200
TRAUMA CERVICAL PENETRANTE RELATO DE CASO COM CONDUTA COSERVADORA	TCP329	133
TRAUMA ISOLADO DE LARINGE: DIAGNÓSTICO E MANEJO- CASO CLÍNICO	TCP636	268
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM CORPO ESTRANHO NASAL RETIDO: UM RELATO DE CASO	TCP1196	619
TREATMENT OF TRACHEOPLASTY USING A MONTGOMERY TUBE: DEMAND CHARACTERIZATION	TCP69	241
TREINAMENTO DE HABILIDADES CIRÚRGICAS DE AMIGDALECTOMIA COM USO DE MANEQUINS, 10 ANOS DE EXPERIÊNCIA	TCP1010	490
TREINAMENTO OLFATIVO PÓS-COVID-19: COMO MELHORAR OS RESULTADOS?	TCP25	17
TREINAMENTO OLFATÓRIO E CORTICOTERAPIA PARA HIPOSMIA PERSISTENTE APÓS COVID-19: RESULTADOS PARCIAIS	TCP1163	586
TROMBOSE DE SEIO SIGMOIDE SECUNDÁRIO À OTOMASTOIDITE AGUDA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA	TCP97	440
TROMBOSE DO SEIO CAVERNOSO POR COMPLICAÇÃO DE RINOSSINUSITE EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO.	TCP1138	561
TROMBOSE SÉPTICA DO SEIO SAGITAL SUPERIOR DEVIDO À RINOSSINUSITE AGUDA: RELATO DE CASO	TCP1177	600
TUBERCULOSE LARÍNGEA EM CRIANÇA IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO	TCP935	468
TUBERCULOSE LARÍNGEA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE - RELATO DE CASO	TCP642	274
TUBERCULOSE LARÍNGEA: RELATO DE CASO	TCP628	260
TUBERCULOSE LARÍNGEA: UM RELATO DE CASO	TCP643	275
TUMOR DE POTT: UM RELATO DE CASO	TCP11104	627
TUMOR DE POTT: UMA SÉRIE DE CASOS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO	TCP1180	603
TUMOR DE PUFFY POTT: UM RELATO DE CASO	TCP923	456
TUMOR EDEMATOSO DE POTT: UMA COMPLICAÇÃO RARA DA RINOSSINUSITE AGUDA EM PACIENTE PEDIÁTRICO	TCP11123	646
TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DE SEIO ETMOIDAL	TCP1187	610
TUMOR MANDIBULAR EM TRÍGONO RETROMOLAR REVELANDO MANIFESTAÇÃO A DISTÂNCIA DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON	TCP386	190
TUMOR MESENQUIMAL NASOSSINUSAL: UMA RARA CONDIÇÃO	TCP1145	568
TUMOR NASOSSINUSAL E A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE: RELATO DE CASO	TCP1156	579
TUMOR NASOSSINUSAL UNILATERAL: UM DIAGNÓSTICO DESAFIADOR	TCP1199	622
TUMOR OF THE PARANASAL SINUSES: A CASE REPORT	TCP1161	584
TURBINECTOMIA VS. TURBINOPLASTIA COM MICRODEBRIDADOR: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE TÉCNICAS CIRÚRGICAS P	TCP11132	655
TURN-IN FLAP UNILATERAL ASSOCIADO À EXCIÇÃO DA CARTILAGEM CEFÁLICA CONTRALATERAL: RELATO DE CASO	TCP45	197
TYMPANIC GLOMUS: A CASE REPORT	TCP735	332
UM RARO CASO DE CISTO NASOLABIAL BILATERAL E A IMPORTÂNCIA DE SUA EXCIÇÃO COMPLETA	TCP11166	689
UMA ANÁLISE SOBRE A REALIZAÇÃO DE IMPLANTE COCLEAR NOS ÚLTIMOS 10 ANOS NO BRASIL	TCP712	309
UMA RARA APRESENTAÇÃO DO PAPILOMA INVERTIDO NASOSSINUSAL EM ADULTO JOVEM	TCP11174	697
USO DA ISOTRETINOÍNA EM PACIENTES SUBMETIDOS À RINOPLASTIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA	TCP428	220
USO DE ABOBOTULINUMTOXINA (DYSPORT ®) EM PACIENTES COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA	TCP412	204
USO DE CORTICOIDES NO TRATAMENTO DE ABSCESSOS PERIAMIGDALIANOS: HÁ BENEFÍCIO?	TLSP21	22
USO DO BEVACIZUMAB EM PACIENTE COM PAPILOMATOSE LARÍNGEA JUVENIL RECORRENTE - RELATO DE CASO	TCP626	258
VALIDAÇÃO DO ESCORE STOP-BANG NA TRIAGEM DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM PACIENTES AMBULATORIAIS	TCP112	67
VÁLVULA NASAL: IMPORTÂNCIA CLÍNICA E REPAROS CIRÚRGICOS	TLSP14	25
VARIAÇÃO ANATÔMICA EM PACIENTE COM OTITE MÉDIA CRÔNICA NÃO COLESTEATOMATOSA: RELATO DE CASO	TCP771	368
VARIAÇÃO DE TÉCNICA CIRÚRGICA DE TIREOPLASTIA TIPO 3	TCP657	289
ZUMBIDO OBJETIVO DECORRENTE DE MIOCLONIA PALATAL: RELATO DE UM CASO	TCP85	433

A

Abner de Oliveira Gripp Donato	295, 341, 612, 616	Ana Carolina Robadelo da Silva Freire	250
Adam M. Chaker	528	Ana Carolina Sobreira Abrahão	250
Ademar Yamanaka	135	Ana Carolina Xavier Ottoline	620, 677
Adilson Machado Gomes Junior	571, 574	Ana Cecília Soares Brigido	156, 623, 624, 668
Adra Brasil Leita Travaglia	596	Ana Chrystina de Souza Crippa	83
Adriana A. B. Murashima	16	Ana Cristina Costa Martins	169, 184, 267, 373, 469, 663
Adriana Bender Moreira de Lacerda	326	Ana Cristina Kfourir Camargo	275, 470, 512
Adriana de Oliveira Camargo	283	Ana Elisa Mota Magalhães Santana	456, 667
Adriana Ferreira Potiguar Ribeiro	90	Ana Eliza Garcia	710, 715
Adriana Laybauer da Silveira	14, 39	Ana Flávia Baseggio	153
Aécio de Albuquerque Lins Porto	733	Ana Flávia Moreira Campos	736
Afonso Possamai Della Junior	643, 647, 665, 701	Ana Helena Stoltenberg Do Nascimento	243
Agrício Nubiato Crespo	277	Ana Julia Ferreira Rodrigues	187, 720
Alan Rodrigues de Almeida Paiva	151	Ana Julia Rodrigues Ferreira	515
Alda Linhares de Freitas Borges	645	Ana Letícia Vieira Santos	539, 540, 553
Aldo Eden Cassol Stamm	52, 54, 202, 655	Ana Lúcia Chung Caravante	80, 81, 395, 520
Alessandra Guilherme	125, 599, 600	Ana Luísa Almeida Rodrigues	302
Alessandro Tunes Barros	597, 670, 671, 713	Ana Luiza Camargo	313, 481, 531, 537, 563, 572
Álex Wilker Alves Soares	76, 140, 256, 281, 403, 419, 507, 704	Ana Luiza de Bortoli de Paula	52
Alexandra Torres Cordeiro Lopes de Souza	146, 152, 501	Ana Luiza Faria Dias	194, 209, 364, 444, 547, 548, 606
Alexandre Augusto de Brito Pereira Guimaraes	721	Ana Paula Brandao Silva	395
Alexandre Augusto Fernandes	702	Ana Paula Chornobay	26, 36
Alexandre Cardoso Albuquerque	538	Ana Paula Chornobay	418
Alexandre Felippu Neto	682	Ana Paula de Souza Lima	164, 264, 372, 462
Alexandre Jose de Sousa Cunha	164, 640	Ana Paula Dias Fernandes	84, 406, 466, 510, 514, 725
Alexandre Lim Tjin Seng	74, 134, 136, 343	Ana Paula Marques Machado	252, 434, 578
Alexandre Palaro Braga	9, 28, 174	Ana Paula Martins Inácio	38
Alexandre Vasconcelos Dezincourt	431, 432, 443, 593, 683	Ana Paula Ribeiro Reis	295, 341, 616
Alexandre W. D. Felippu	685	Ana Paula Valeriano Rego	64
Alexandre Wakil Burzichelli	550	Ana Taise de Oliveira Meurer	52, 54, 202, 401
Alécia Rezende Garcia	203, 207	Ana Virgínia Torquato de Aquino	345, 357, 386, 646, 651, 703
Alfredo Vieira Bernardo	69, 332, 492, 493, 581, 584	Ananda Dutra da Costa	724
Alice Angelica Siqueira Rocha Colares Moreira	504	Anderson Castelo Branco de Castro	110
Alice Bollmann da Costa Moreira	392, 575, 576, 672	Anderson Patricio Melo	434, 578
Alice de Sá Gontijo	413, 414	Anderson Santos dos Anjos	376, 579, 695
Alice Lang Silva	14, 39, 409, 412, 415	Anderson Tinô de Carvalho	378
Alice Pereira Ferreira	738	Andre Alencar Araripe Nunes	155, 623, 624, 668, 697
Alice Ruiz Garcia	113	André Antongiovanni Sallum	187, 720
Alice Werneck Silva	169, 267	André Armani	106, 108
Aline Batista Lopes	238, 340	André Brandão Valois Leite	258
Aline Emer Faim	341, 612	Andre Cavalcante Saraiva	387, 388, 463
Aline Fayad Sanches	57, 234, 235, 439, 481, 531, 536, 541, 542, 567	André Costa Pinto Ribeiro	538
Aline Natália Simões de Almeida	283	André Coste	529
Aline Ouriques Freire Fernandes	24, 25, 163, 165	Andre de Campos Duprat	285
Aline Priscila de Souza	745	André Filipi Santos Sampaio	95, 213, 381, 394
Aline Raduan Iacovone	63, 532, 533	Andre Freire Kobayashi	275
Aline Suzie Gomes	295, 341, 612, 616	André Lima Valente	345, 357, 386, 646, 651, 703
Aline Tavares Lima Holanda	158	André Luís Argenton Zortéa	102
Alisson Leandro Camillo Pereira	357, 646, 651, 703	André Luis Pereira Vieira	88, 405, 678
Aloma Jacobi Dalla Lana	280, 400, 468, 474	Andre Luiz de Ataíde	116, 299, 300, 313, 316
Alonso Alves Filho	524	André Luiz Lopes Sampaio	20, 21, 345, 386, 516
Alonso Gomes de Menezes Neto	115	Andre Neri de Barros Ferreira	375, 661, 662, 664
Alvaro Siqueira da Silva	91, 281	André Roberto Mozzini	179
Amanda Andraus Simonian	303, 342, 619	Andre Valadares Siqueira	641, 717, 723
Amanda Andre Monteiro	470	André W. D. Felippu	682, 684, 685, 686, 687
Amanda Azevedo	250	André Zanette Dutra	554
Amanda Carvalho Villa de Camargo	191	Andrea Maria Campagnolo	29
Amanda Jayne Guedes Risuenho	135, 141, 159, 161, 190	Andrea Matucci	528
Amanda Salvador Marin	480	Andréa Teixeira de Almeida	180, 513, 689, 699
Amanda Thiemy Mano Shimohira	143, 162, 268, 669	Andrei Roberto da Silva	639
Amanda Titze Hessel	280, 400, 468, 474	Andressa Alencar Sousa	385, 389, 391, 393, 681
Amanda Volpe Gomes	525	Andressa Coelho Matzenauer	103, 519
Ana Beatriz Cardoso Pereira	174, 457	Andressa Cortes Cavalleri	86
Ana Beatriz de Oliveira Assis	209, 364, 367, 444, 485, 547, 606	Andy de Oliveira Vicente	420
Ana Carla Albuquerque dos Santos	188	Angela Rubia Oliveira Silveira	366, 379
Ana Carla Campelo Duarte	77	Angelica Souza Ferreira	222, 223, 224, 225, 226, 230
Ana Carolina Bissaco Toledo	103, 519, 741	Anna Carolyne Alves de Lima	742
Ana Carolina Piazza Noldin	288		
Ana Carolina Pires de Mello Azevedo	180, 513, 689, 699		

Anna Débora Esmeraldo dos Santos.....	121, 122, 123, 128, 158, 198, 249, 251, 497, 654, 658
Anna Luisa Franco de Aquino	422
Anna Paula Bankhardt da Silva	31, 32, 665, 701
Anne Louise Tortato Duarte Costa Barth Costamilan.....	83, 149, 324, 346, 580
Annine Soares de Souza.....	564
Antonella Irene Bellezza.....	176, 179, 416, 690
Antonio Augusto Velasco eCruz.....	44
Antonio Antenor Rodrigues Lopes Neto.....	19, 611
Antonio Antunes Melo.....	566
Antonio Augusto Freitas Junqueira.....	302
Antonio Carlos Barbosa Sousa.....	402, 700
Antonio Carlos Cedin	220
Antonio Carlos dos Santos	50
Antonio Edme da Costa Pedroso	744
Antonio Jose Maria Catâneo.....	28
Antonio Pedro Do Nascimento.....	707
Antonio Sampaio Bem Neto	8
Antonio Soares Mororo	253
Antonio Vinicius Pazetti de Oliveira.....	639
Aquiles Figueiredo Leal.....	422
Arilson Lima da Silva	240, 241, 242, 309, 552
Armanda de Oliveira Pache de Faria.....	459
Armando Lavigne de Lemos Veloso.....	49, 75, 334, 363
Arnaud Bourdin.....	528
Arthur Jose Roque Cruz	135, 353, 410
Arthur Menino Castilho	301, 322, 353, 358, 360, 410
Arthur Ricardo Carminatti Ortinã	149, 580, 583, 588
Arthur Suzano Mengarda.....	100, 101
Árthur Urel	457
Artur Grinfeld	193, 197, 218, 219
Artur Guilherme Holanda Lima.....	121, 122, 123, 128, 158, 198, 249, 251, 497, 649, 654, 658
Artur Koerig Schuster.....	73, 196, 308, 317, 323, 330, 351, 354, 452, 718
Atílio Maximino Fernandes.....	644
Audryio Oliveira Nogueira	538
Augusto Cesar Lima	184, 469
Augusto Cesar Pinto de Arruda Guimarães.....	76, 140, 256, 281, 419
Augusto Niehues Avelar	110, 738
Augusto Riedel Abrahao	166, 167
Aureliano Carneiro Barreiros	746
Aurenzo Gonçalves Mocelin	45
Bettina Carvalho.....	580
Bianca Brinques da Silva	14, 39, 409, 412, 415
Bianca Carneiro Fortunato Moreno.....	106, 527
Bianca de Marco de Moraes	500
Bianca Sousa Duarte	432, 716
Bibiana Callegaro Fortes	176, 690
Brenda Ferreira Rocha	539, 540, 553
Breno Carlos Tavares.....	747
Breno Oliveira Borges Branco	133, 216, 248, 404
Brisa Jorge Silveira.....	355, 407
Bruna Almeida Silva	66, 314, 465, 549, 557
Bruna Carla Rodrigues de Andrade Lara.....	26
Bruna de Alencar Custodio Lupoli	453, 471
Bruna de Castro Dornelas.....	63, 532, 533
Bruna Duz.....	451
Bruna Ferreira Schmidt.....	353, 358
Bruna Ferreira Silva	499
Bruna Figueira Braga.....	164, 264, 372, 462
Bruna Gabriela Frizzo Alexandre.....	103, 104, 519
Bruna Luise Hoff Jaeger	503
Bruna Mirapalhete Bellinaso	131, 138, 153, 157, 615, 618, 652, 653
Bruna Moretto	520
Bruna Pupo	57, 58, 60, 61, 235, 435, 441, 481, 482, 541, 542
Bruna Rebeca Santana Vollrath	463
Bruna Rezende Telles	107
Bruna Soares Gazzetta	80, 737
Bruna Souza Magalhães.....	272
Bruno Albuquerque Sousa.....	8
Bruno Araujo Souza	679
Bruno Azeredo Coutinho Nascimento	257, 272
Bruno Ceron Hartmann	60, 61, 234, 235, 239, 437, 439, 482, 541, 563
Bruno Leão dos Santos Barros.....	283, 566, 714
Bruno Magalhaes de Pinho Tavares.....	491
Bruno Marcos Zeponi Fernandes de Mello	174
Bruno Pestana Gomes	132, 338, 554, 629
Bruno Rubez Quadros	551, 564
Bruno Sabel.....	294, 449, 582, 643, 701
Bruno Tourinho Argolo Araujo.....	82, 170, 273, 274, 51, 692
Byanca Hekavei Hul.....	234, 244, 481, 562, 572

C

Caetano J. Coimbra	325
Caio de Freitas Madruga	459, 620, 677
Caio Eddie de Melo Alves	76, 91, 140, 256, 281, 388, 419, 498, 507, 704
Caio Jose de Araujo Simas	231
Caio Vinicius Saettini.....	80, 81, 191, 737
Camila Alexandre Silva	487, 488
Camila Alves Costa Silva.....	59, 535, 749
Camila Araujo Oliveira	443
Camila Ayumi Goto	127, 262, 263, 337, 339, 356, 496, 591, 598, 605, 607
Camila Barbosa Marinho	714
Camila Bloss Cordova.....	79, 160, 260, 505, 660
Camila Chulu Lorentz	743
Camila da Fonseca eSouza Santos	375, 661, 662, 664
Camila de Paiva Marcotti	500
Camila de Santa Cruz Souza.....	299, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 447, 467
Camila Isabela Ribeiro Vieira	460, 656, 746
Camila Mutai Vargas	195
Camila Pinheiro Junqueira	373
Camila Schreiber Bortolazza	173, 212, 680, 691
Camila Suica Do Nascimento	383, 608, 628, 638, 730
Camila Tonelli Brandão	95, 213, 381, 394
Camilla Bezerra da Cruz Maia	90
Camilla Martins Ginack.....	303
Camyla Lemos Budib.....	117
Camyla Rolim Souto de Andrade.....	422

B

Bárbara Carolina Miguel Jorge.....	51, 85, 342, 526, 530
Bárbara Duarte Salgueiro.....	452, 461, 261, 383, 608, 628, 638, 642, 730
Bárbara Oberherr.....	618
Barbara Pinto Rodrigues de Souza.....	228
Barbara Souza Leão Santiago.....	66, 544, 557, 622
Bartira Rezende Ramos.....	203, 208
Beatriz Alvarez Mattar	505
Beatriz Carrara	584
Beatriz Covici Barros	238, 340
Beatriz Dib Gaiarim	303, 546
Beatriz Dornelles Bastos	503
Beatriz Farias da Costa	185
Beatriz Gomes Dalla Justina.....	38
Beatriz Gomes de Castro	556
Beatriz Lanza Pauli	27
Beatriz Luiza de Costa Remor	54, 202
Beatriz N. Fernandes.....	685, 686
Beatriz Serraglio Narciso	257, 272, 285
Beatriz Valladares Travassos	459
Beatriz Vitoria Rigon	187, 515, 720
Bernard Soccol Beraldin.....	718
Bernardo Cunha Araujo Filho	700
Bernardo Do Prado Ribeiro.....	175, 192, 211, 217, 278, 370, 706
Bethina Silva Barreto	229, 396, 635, 696, 740

Cárita Lopes Macêdo	64, 215, 307, 368, 411, 641, 645, 650, 717, 723, 726	Claudia Marcia Malafaia de Oliveira Velasco.....	748
Carl Philpott	529	Cláudia Pena Galvão dos Anjos.....	479
Carla Cuenca Schwartzmann	706	Claudia Regina Pellisson.....	9
Carla Emi Takahashi	484	Cláudia Schweiger	480
Carla Giovanna Silva Borges.....	20, 386	Claudia Valette	49, 363, 724
Carla Paes Manfio	527	Claudiney Candido Costa	64, 111, 307, 368, 374, 609, 641, 645, 650
Carla Sofia Mendivil Suarez	349	Claudio H. F. Vidal	325
Carla Vasconcelos Araujo	747	Claudio Jose Beltrao.....	508
Carlos Alberto Caropreso.....	203, 204, 207, 208	Claudio Luiz Lazzarini	66, 352, 430, 465, 544, 549, 556, 559
Carlos Alexandre de Oliveira Lopes	620, 677	Claudio Nunes Ribeiro Neto	176, 179, 416
Carlos Augusto de Carvalho Carrera	82	Cora Pichler de Oliveira.....	372
Carlos Augusto Servato Borges.....	298, 380	Cosme Moura Ferreira das Chagas	287, 748
Carlos Cachoni Jr.....	525	Crislil Preussler Chiaradia.....	131, 138, 153, 157, 615, 618, 652, 653
Carlos Eduardo Borges Rezende	303, 342	Cristian Kaefner	169, 267, 373, 469
Carlos Eduardo Cesario de Abreu	383	Cristiane Gonçalves Cordeiro.....	120
Carlos Henrique Lopes Martins	240, 241, 242, 309, 552	Cristiane Vianna da Costa Jesus.....	228
Carlos Maurício de Almeida.....	77	Cristiano Feijó Andrade.....	452
Carlos Segundo Paiva Soares	174	Cristiano Roberto Nakagawa	173, 691
Carlos Takahiro Chone	23, 37, 119, 126, 135, 141, 159, 161, 190, 626	Crysthian de Brida Vieira	266, 269, 366, 379, 621
Carlos Vinícius Cunha Branco	327, 402	Cybellente Do Prado	60, 541, 562
Carmen Austrália Paredes Marcondes Ribas.....	362	Cynthia Castilho Moreno	266, 269, 621
Carmen Sílvia Passos Lima	23		
Carmen Zampirole Brandão.....	229, 396, 635, 696, 740	D	
Carolina Albino Waltrick	145, 147	Damácio Soares Paiva	279, 397, 433, 490, 657, 659, 702
Carolina Almeida Grinfeld.....	78	Damaris Caroline Galli Weich	60, 61, 237, 239, 300, 304, 316, 435, 438, 439, 441, 447, 537, 555, 572
Carolina Alves Fagundes	535, 749	Daniel Alencastro de Sousa	122, 123, 128, 198, 249, 251, 497, 649, 654, 658
Carolina da Costa Silva Porto	393, 399	Daniel Buarque Tenorio	750
Carolina da Fonseca Barbosa Cabral	730	Daniel Lopes de Oliveira	732, 733
Carolina da Fonseca Mussel Jones	417	Daniel Lucas Pereira Diniz	477, 742
Carolina Dall'Acqua Gomes	451	Daniel Macedo de Melo Jorge.....	13
Carolina Gonçalves da Cunha Lima.....	637	Daniel Marques da Silva	65
Carolina Gruending	503	Daniel Naves Araujo Teixeira.....	23, 56, 119
Carolina Maria Fontes Ferreira Nader	479	Daniel Tinôco Leite.....	538
Carolina Nimrichter Valle	200, 271, 601	Daniel Villela e Silva	417
Carolina Oliver Brandão.....	344	Daniel Zucollotto Candeias	84, 406, 466, 510, 514, 725
Carolina Pontes Lima	52, 54, 202	Daniela Costa Malheiros	257, 285, 694
Carolina Pontes Oliveira Nunes	617	Daniela Dias Fabricio.....	211
Carolina Rodrigues Laranjeira Vilar.....	246, 324, 346, 588	Daniela Preto da Silva	370
Carolina Sandi Kunz.....	131, 138, 153, 157, 615, 618, 652, 653	Daniela Santiago Passos.....	178, 199, 670, 671, 679, 711, 713
Carolina Sarcinelli Spinelli	139, 142, 144, 154, 172, 181, 292, 445, 454, 464, 560, 561, 633, 698	Daniela Santos Bosaipo.....	92
Carolina Scheer Ely.....	102	Danielle Caldas Bufara	83
Carolina Souza Basso	104	Danielle Ramos Videira	595
Carolina Sponchiado Miura	13, 453, 471	Danielly Solar Andrade Oliveira	746
Caroline Catherine Lacerda Elias	412	Danilo Anunciatio Sguillar	80, 81
Caroline Fernandes Rimoli	42	Danilo Francisco dos Santos de Lemos	82, 170, 273, 274, 511, 692
Caroline Perin.....	295, 616	Danilo Galati.....	498
Caroline Ricarte Reis Ortiz.....	287, 748	Danny Fernando Tobar Duran.....	660
Cássio Coutinho Arruda	38	Dária Barroso Serrão das Neves	517
Catarina Soares Bartasevicius.....	275, 442, 470, 694	Dario Hart Signorini	146
Catherine Muttres Medeiros.....	100, 101	Dário Oliveira Lopes Junior	178
Cauê Duarte	328	Davi Knoll Ribeiro	187
Cecília Cerqueira Suzarte Almeida.....	506	Davi Lima Medeiros	739
Cecília Leite Gomes.....	336	Davi Lucena Machado.....	425
Cecy de Fátima Amiti Fabri	69, 332, 492, 493, 581, 584	Davi Sandes Sobral.....	592
Celso Goncalves Becker	413, 414	Davi Veras Araújo	182
Cheng T-Ping	255, 369, 450, 460, 577, 613	David Kennedy	529
Chiara Valverde Zanotti.....	682, 684	Dayanne Aline Bezerra de Sá	261, 383, 608, 628, 638, 642, 730
Christian Wagner Maurencio	382	Débora Carolina Esteves Reis.....	92
Christiano Colucci de Mello Villela	72, 75, 363	Debora Emi Shibukawa	45, 83, 147, 324, 583, 588
Cibelle Gomes de Oliveira Fernandes.....	90	Debora Mattana Vasconcellos Teixeira	147
Cicero Matsuyama	551, 564	Debora Medeiros	344
Cintia Vasconcelos Mapurunga Bandeira	90	Debora Milene Ferreira Alves	14, 39, 409, 412, 415
Ciro Weiss Fontana	323		
Clara Butignoli de Sousa Pereira Lima	63, 532, 533		
Clara Rosenberg Schneider	92		
Clarice Reis de Oliveira.....	132, 255, 450, 613, 629		
Claudia Alessandra Eckley.....	233, 272, 293		

Débora Pereira Henriques	28
Debora Petrungraro Migueis.....	620, 677
Decio da Silva Bacelar	747
Denis de Melo Pinto Rangel.....	334, 348
Denis Massatsugu Ueda	125, 599, 600
Denise Alice de Sousa Araujo	155, 156, 361, 623, 624, 668, 697
Denise Braga Ribas.....	58, 542, 562, 572
Denise Rotta Ruttkay Pereira	15, 40
Denny M Garcia	16, 44
Diana Keun Soo Kim.....	470, 694
Diego Bruno Bezerra Brito	458
Diego Cardoso Filho	328, 550
Diego Fernando Costa.....	563
Diego Gadelha Vaz	593, 604, 716
Diego Monteiro de Carvalho.....	74, 77, 96, 134, 136, 140, 343, 419, 498, 507, 517
Diego Sanches Galavoti Gusson.....	118, 133, 137, 248, 448, 636
Dimas da Silva Rico Junior.....	674, 675
Diogo Barreto Plantier	587, 602
Diogo Henrique Barbosa Domingos	266, 269, 366, 379, 621
Diogo Noronha Menezes Kreutz	102
Dolores Tavares	107
Domenico Seabra Modesto	48, 573

E

Eberval Gadelha Figueiredo.....	359
Edmir Americo Lourenco	473
Edna Patricia Charry Ramirez.....	620
Ednilson Parra Cesar	663
Edson Junior de Melo Fernandes	722
Edson Rodrigues Garcia Filho	336, 431, 593, 604, 716
Eduarda Birk Loh	729
Eduarda Ferreira Zardin	297, 523
Eduarda Jovigevicius	138
Eduarda M. Moretti	682
Eduarda Sousa Machado	177
Eduardo Biagini Porto	280, 400, 474
Eduardo Boaventura Oliveira	390
Eduardo Campos Fontes	38
Eduardo de Aguiar Buerger	508
Eduardo Esteves de Alcântara Marques Rodrigues.....	296, 428
Eduardo Homrich Granzotto	100, 101, 196
Eduardo Mekitarian Filho	228
Eduardo Modenesi Felicio	9, 174, 457
Eduardo Müller Añez	706
Eduardo Nizar Dassoler.....	260
Eduardo Otto Gomes	487, 488
Eduardo Priesnitz Friedrich.....	205, 206, 210, 296
Eduardo Romero Sampaio Botelho	502
Eduardo Silva Farinazzo	106, 108, 423
Eduardo Suss.....	575, 576
Eduardo Takashi Hirata	293, 512
Eduardo Tanaka Massuda	232, 320
Eduardo Vieira Couto	23, 56, 105, 614
Eduardo Wanderley Estanislau da Costa	663
Edwin Tamashiro.....	13, 16, 44, 50, 453, 525
Elaine Barbarah Alves Vale Duarte	388
Elaine Costa.....	410
Eliana Rodrigues Biamino	496
Elias Agostinho Neto	95
Elisa Cordeiro Nauck	31, 32, 665, 701
Elisama Queiroz Baish	528, 529
Elise Zimmermann Mathias	438, 447
Élisson Krug Oliveira	280, 400, 468, 474
Elizabeth Amann Simões	87
Eloa Lumi Miranda	52
Eloah Pinho	302
Elouise Zwirtes Frare.....	106, 108, 423
Elyara Yoshie	125, 599, 600
Emanuel Saraiva Carvalho Feitosa	155, 156, 361, 623, 624, 697

Emanuela Yumi Fugisawa de Mello	95, 213, 394
Emanuelle Lima de Almeida	185
Emerson Monteiro Rodrigues.....	311, 539, 540
Emerson Oliveira Lise.....	77, 403
Emerson Schindler Junior	116, 483, 541, 542
Emerson Taro Inoue Sakuma	735
Emidio Oliveira Teixeira.....	407
Emilio Salviano Neto	742
Émille Dalbem Paim	227
Emily Barbosa Do Nascimento.....	74, 76, 77, 89, 96, 134, 136, 140, 256, 281, 343, 365, 419, 498, 507, 517, 704
Enio de Castilho Kloh	620, 677
Enrico Guido Oliveira Minniti.....	47, 508, 666
Enrico Vinicius Guimaraes Vergueiro Felicio	710, 715
Enzo Martins de March.....	392, 575, 576, 672
Eric Dionnyson da Silva Alves Pereira	76
Erica Cristina Campos eSantos.....	247
Erica Zattar Ribeiro.....	269, 621
Erik Frota Haguette.....	249, 251
Erika Ferreira Gomes.....	497, 594, 654, 658, 734
Erika Yumi Nakagawa.....	145, 331, 346, 583
Estefani Molinar	65, 86, 693, 708
Eulalia Sakano	141, 626, 630, 735, 745
Eurico de Arruda Neto	13
Eustacia Pantoja da Costa	89
Eustaquio Nunes Neves	115
Euvaldo Neto Borges Tomaz	375, 661, 662, 664
Evaldo Dacheux de Macedo Filho.....	246
Evelin Franzon	243, 289
Eveline Tasca Rodrigues	348
Evelyne Santana Girão	361

F

Fábia Livia Ramos Brilhante de França	97, 99, 721, 727, 728
Fabiana Cardoso Pereira Valera	13, 16, 44, 50, 453
Fabiana Chagas da Cruz	49
Fabiana Moura dos Santos Torres Vasconcelos	422
Fabiano Bleggi Gavazzoni.....	438, 447
Fabiano Haddad Brandao	743
Fabiano Paes Barreto Affonso.....	498
Fabio Akira Suzuki	48
Fabio Alessandro Pieri.....	311
Fabio de Rezende Pinna	571, 574
Fabio Duro Zanini	582
Fabio Fabricio Maniglia	26
Fabio Fernandes Labanca	392, 575, 576, 672
Fabio Lau	23, 630
Fábio Palma Albarado da Silva	431, 432, 443, 604, 683
Fabio Portella Gazmenga	614, 626, 630
Fabio Tadeu Moura Lorenzetti.....	238, 340
Fabiola Donato Lucas	413, 414
Fabiolla Maria Martins Costa.....	180, 513, 689, 699
Fabricio Egidio Pandini	214
Fabricio Machado Pelicoli	729
Fabricio Scapini	400, 468
Fatima Regina Abreu Alves	494
Fayez Bahmad Jr.....	357
Felipe.....	87
Felipe Augusto Reis de Oliveira.....	115, 413, 504
Felipe Carlos Steiner	666
Felipe Carvalho Leão	22, 48
Felipe Costa Neiva.....	337, 339, 356
Felipe da Silva Braz.....	282, 284, 609, 712
Felipe de Araujo Bastos Vianna	183, 228, 231, 259, 676, 724
Felipe de Mello da Costa.....	289
Felipe Ferraz Quintal	405, 678
Felipe Gabriel Garcia.....	328
Felipe Gonçalves de Carvalho	8
Felipe Lucio Cordeiro Freitas.....	133, 216, 248, 404, 455
Felipe Nathan da Silva Figueiredo	108, 527
Felipe Otani	685, 686, 687

Felippe Felix	67, 72, 75, 334, 348	Gabriel Pinho Mororó	121, 122, 123, 128, 158,
Felippe Magioli Lima	169, 267, 469		198, 249, 251, 253, 497,
Fernanda Butura Broetto	395, 520		594, 654, 658
Fernanda Chaves Amantéa	424, 428	Gabriel Ramos França	298
Fernanda Coelho Ataydes Seabra	109, 446, 631	Gabriel Zorron Cavalcanti	19
Fernanda de Queiroz Moura Araujo	336, 593, 604, 683, 716	Gabriela Alcoforado de Abreu	171, 211, 370, 706
Fernanda Franco Carregosa	254, 270, 371, 382, 565	Gabriela Alves Marroni	27, 149, 246, 324, 331,
Fernanda Gomes Resende	255, 338, 369, 450, 491,		583
	554, 577	Gabriela Araújo Ferreira Pires	109, 446, 631
Fernanda Hatab de Castro	261, 383, 608, 628, 638,	Gabriela Beraldo Belão	344
	642, 730	Gabriela Caldasso de Ávila	93, 236, 518, 534, 558
Fernanda Martinho Dobrianskyj	442	Gabriela da Silva Oliveira Cerqueira	670
Fernanda Miraldi Clemente Pessoa	373	Gabriela Falcão Hazin	325
Fernanda Monteiro Pereira	88, 405, 678	Gabriela Gouveia	556
Fernanda Teixeira Pacifico	638, 730	Gabriela Josefa Moraes	79, 160, 260, 265, 505,
Fernanda Vitória Melo Fernandes Magela	200, 271, 601, 611		660
Fernanda Wiltgen Machado	737	Gabriela Larssen	500
Fernando Andreiolo Rodrigues	676, 724	Gabriela Maia Almeida Brandão Lino	345, 357, 386, 646, 651,
Fernando Aurelio Curcio	408		703
Fernando Barcellos Do Amaral	139, 445, 454, 464, 560,	Gabriela Pedrosa Garcia	100, 101
	561, 633	Gabriela Rumi Grossi Harada	100, 101
Fernando Bruno Merello	342, 484	Gabriela Silvestre Ribeiro da Costa Gomes	422
Fernando de Andrade Balsalobre	655	Gabriella de Figueiredo Falcão	637
Fernando Liberato da Silva	428, 480	Gabrielle Prevadi Patino	160
Fernando Luiz Dias	8	Gabrielle Sobral Silva	70, 335
Fernando Penteado de Camargo Gobbo	532, 533	Gabriely Lerner Bianchi	266, 269, 366, 379, 621
Fernando Pires de Araujo	194, 209, 364, 367, 485,	Geoffrey Chupp	528
	547, 548	Geovana Pirassol Roque	500
Fernando Porto Carreiro Filho	121, 122, 123, 128, 188	Geraldo de Assis Carvalho Júnior	38
Fernando Ramires Gouveia Alves	73	Gerson Schulz Maahs	171, 175, 192, 217, 278,
Fernando Veiga Angelico Junior	35, 51, 85, 342, 484,		706
	526, 530, 546, 619	Giancarlo Bonotto Cherobin	736
Fernando Walder	187	Gilberto Bolivar Ferlin Filho	223, 225, 230
Filipe Augusto Nascimento Lemos	59	Gilberto da Fontoura Rey Bergonse	61, 300, 304, 313, 316
Filipe Bissoli	272	Gilberto Pinto Jansen Pereira Filho	465, 549, 557, 559
Flavia Drummond Jaccoud Gibbon	417	Gilberto Pizarro	209
Flávia Emilly Rodrigues da Silva	173, 212, 680, 691	Gilberto Ulson Pizarro	444, 485, 547, 548, 606,
Flávia Serafin Daros	104		743
Flavia Varela Capone	84, 510, 640	Gilvandro de Assis Abrantes Leite Filho	566, 714
Flavio Cabral de Freitas Amaral	129	Giorgia Labatut	93, 236, 290, 518, 534,
Flavio Carvalho Santos Filho	298		558
Flavio Ramos Baptista da Silva	375, 661, 662, 664	Giovana Gomes Fernandes	431, 432, 443, 683, 716
Francesca Maia Faria	453	Giovana Hauschild Pellegrin	503
Francesca Maia Woida	471	Giovana Knapik Batista	87
Francielle Karina Fabrin de Carli	237, 239, 299, 436, 438,	Giovana Maria Fontana Weber	451, 503
	482, 489, 531, 536, 541,	Giovana Scachetti	405
	555	Giovanna de Castro Picelli	166, 167
Francielle Tiemy Eimori	261, 628, 642	Giovanna Emanuella Piffer Tanuri	118, 133, 137, 216, 248,
Francisco Campelo da Fonseca Neto	360		404, 448
Francisco das Chagas Cabral Júnior	279, 486, 490	Giovanna Manata Barbosa de Souza	298
Francisco de Assis Mitrovick Pacheco	703	Giovanna Santos Piedade	79, 160, 260, 265, 505,
Francisco Gonzalez	30		660
Francisco José Vieira Osterne	334	Giovanna Seibert Gonzatti	451
Francielle Vieira da Costa	401	Giovanni Capoani Mondelli	310
Frederick Alberto Castillo Miranda	354	Giovanni Henrique Barbosa Santos da Silva	422
Frederico Prudente Marques	722	Gisele Maia Siqueira Valente	256
		Gisele Menezes Tezolin	77
		Gisele Munhoz Santos	430
		Gisele Vieira Hennemann Koury	336
		Giuliana Beduschi	296, 424
		Giuliana Graicer	204
		Giulliano Enrico Ruschi eLuchi	522
		Gláucia Gonçalves Raineri	310
		Glaysen Soares Melo da Costa	200, 271, 601, 611
		Gleiciane Moreira Dantas	458
		Godofredo Campos Borges	213, 381
		Graziela Britto de Carvalho Lobo Sousa	178, 670, 671, 679, 711,
			713
		Grazieli Andréa Ferrazzo Borges dos Santos	500
		Grazielle Bohora Silva Gonçalves	41, 326, 478, 509
		Guilherme Adam Fraga	350, 399
		Guilherme Basso Durães	423
		Guilherme Cabrini Scheibel	221
		Guilherme Correa Guimarães	360, 410
		Guilherme de Oliveira Luciani	83, 149, 246, 331, 583

G

Gabriel Augusto Pinto Barbosa	184, 267, 373, 469, 663
Gabriel Biagini Ferreira	625, 627
Gabriel Borges Tomaz de Souza	375, 661, 662, 664
Gabriel Caetano de Jesus	141, 161, 190
Gabriel Coelho Soares Moraes	617
Gabriel de Souza Mares	10, 586
Gabriel Donato Amorim	81, 191, 520
Gabriel Gomes Figueiredo	451
Gabriel Henrique Riso	41, 326, 478, 509
Gabriel Lacerda Marquez	189
Gabriel Marcelo Rego de Paula	98, 286, 472, 705, 732,
	733
Gabriel Neves Farias	98, 286, 472, 705, 732,
	733
Gabriel Nogueira de Resende	38
Gabriel Pereira de Albuquerque e Silva	349

Guilherme Enzo Giovanelli Mansano	500	Henrique Vivacqua Leal Teixeira	119, 126, 301, 322, 499, 626
Guilherme G S Lima	564	Hercilia Helena de Oliveira Pimenta	375, 661, 662, 664
Guilherme Guimaraes Silveira	435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 467	Herton Coifman	17
Guilherme Henrique Ferreira Damasceno	137, 448, 455, 636	Heytor dos Santos Flora	302
Guilherme Henrique Mitikami Fenolio	50	Hilton Marcos Alves Ricz	114
Guilherme Laporti Brandão	538	Hitesh Babani	77
Guilherme Luis da Silva Franche	610, 718	Hugo Ferreira Alves	67, 75, 363
Guilherme Mendes Pimenta	722	Hugo Machado Silva Neto	48, 573
Guilherme Paiva Gabriel	37	Hugo Valter Lisboa Ramos	64, 111, 276, 307, 368, 374, 609, 641, 645
Guilherme Pinho Mororó	253, 257	Humberto Lopes Camargo Junior	196
Guilherme Ramos Menezes Gomes de Vasconcelos	183, 228, 231, 259, 676, 724		
Guilherme Rodrigues Neto	114, 625, 627		
Guilherme Simas Do Amaral Catani	27, 243, 246, 288, 289	Iago Alves Rodrigues	90
Guilherme Soares Crespo	348	Iago de Freitas Ribeiro	188, 734
Guilherme Soriano Pinheiro Esposito	130	Ian Passos Silva	422
Guilherme Spezia Dalla Costa	505	Ian Selonke	60, 439, 441, 482, 483, 531, 53, 542, 563, 567
Guilherme Vianna Coelho	630	Iara Camargo Mansur	608
Guita Stoler	37	Iara Martinez Goncalves	305, 314, 352, 543, 545, 559, 622
Gustavo Bachega Pinheiro	570, 603	Ícaro de Almeida Toledo Pires	17, 45
Gustavo Barreto da Cunha	110, 258	Ieda Carvalho de Melo	98, 472, 705
Gustavo Braz Rasch	41, 478	Igor Almeida dos Anjos	383
Gustavo Cedro Souza	98, 221, 286, 472, 705, 732, 733	Igor Baldi da Silva	710, 715
Gustavo Cittadin Del Prato	648	Igor Chiaradia	87
Gustavo Conrado Brassaroto	106	Igor Gouveia Soares	92
Gustavo de Sousa Moraes	448	Igor Matheus Araujo Duarte	58, 237, 299, 438, 441, 482, 483, 489, 537, 542, 555
Gustavo Duarte Nascimento	132, 338, 369, 554, 577, 613	Igor Nascimento Batista	364, 367, 444, 485, 547, 548, 606
Gustavo Fernandes de Alvarenga	150, 162	Igor Santos Perez Abreu	115, 413, 414, 504
Gustavo Fernandes de Souza	57, 58, 60, 116, 234, 235, 239, 299, 313, 316, 437, 482, 483, 489, 531, 536, 537, 555, 567	Igor Souza Pessoa da Costa	350, 399
Gustavo Guthmann Pesenatto	175, 192, 211, 217, 370	Inaê Mattoso Compagnoni	50
Gustavo Henrique de Goes Cavalcanti	436, 437, 440	Ingrid Helena Lopes de Oliveira Ciancio	204
Gustavo Leite Antunes	91	Ingrid Ramalho Dantas de Castro	598
Gustavo Pegos Rodrigues Coy	88, 678	Ingrid Tatsumi Matsubara	288
Gustavo Rassier Isolan	317, 318, 323, 359, 362	Ingrid Wendland Santanna	451, 503
Gustavo Rodrigues Balduino	722	Isa Depe	183, 259
Gustavo Rossoni Carnelli	298, 380	Isabel Saorin Conte	73, 227, 317, 330, 351, 461, 610, 718
Gustavo Santos Boasquevisque	453, 471	Isabela Abreu Brinckmann	172, 181
Gustavo Subtil Magalhães Freire	646, 651, 703	Isabela Abreu Torres	617
Gustavo de Oliveira Marques	120, 252, 355, 407, 434, 578	Isabela Borges Nogueira	182
H		Isabela Borgo Marinho	152, 501, 640
Hardynn Wesley Saunders Rocha Tavares	329	Isabela Casari Donida	79
Harsha H. Kariyawasam	528	Isabela de Souza Saraiva	422
Hassana de Almeida Fonseca	740	Isabela Gomes Maldi	64, 111, 215, 276, 307, 36, 411, 641, 645, 650, 717, 723
Heithor de Castro Sell	187, 515, 720	Isabela Guedes de Melo Chagas	88, 405, 678
Helaina Peixoto Gurgel	193, 197, 218, 219	Isabela Hohlenwerger Schettini	233, 285, 470, 694, 709
Helena Alencar Rosa Teixeira Mendes	302	Isabela Moreira Garzedim Santos	82, 170, 273, 274, 511
Helena Maria Gonçalves Becker	479	Isabela Tapie Guerra e Silva	237, 299, 441, 447, 483, 531, 536, 537, 555
Helena Moreira Rodrigues	104	Isabele Dal Sochio Gobbato	718
Helga Moura Kehrlé	33	Isabella Batista Plotzki	280
Helissandro Andrade Coelho	315	Isabella Dorneles de Carvalho	420, 427
Heloísa Aurora Cavalcante Soares de Melo	700	Isabella Gil	392, 575, 576, 585, 672
Heloísa dos Santos Sobreira Nunes	254	Isabella Gonçalves Pierri	9, 28, 457
Hemily Izabel Alves Neves	73, 196, 227, 308, 317, 323, 330, 351, 359, 362, 398, 461	Isabella Maria Oliveira Miranzi	295, 341, 612, 616
Henrique Candeu Patrício	688	Isabella Naomi Watanabe Di Gesu	205, 206, 210
Henrique Carvalho	31, 32, 294, 449, 582, 643, 665, 701	Isabella Ramos Andrade Barreto Coutinho	199, 713
Henrique Coutinho Oliveira	97, 99, 721, 727, 728	Isabelle Cavalcante Mury	229
Henrique de Almeida Friedrich	195, 312, 494, 587, 590, 602	Isabelle Oliveira Jataí Capelo	11
Henrique de Paula Bedaque	279, 397, 433, 486, 487, 488, 490, 657, 659, 702	Isadora Ely	144, 698
Henrique Furlan Pauna	36, 418, 729	Isadora Martins da Silva Stumpf	14, 39, 409, 412, 415
Henrique Gonçalves Duchini	173, 212, 680, 691	Isadora Rollemberg Caldas Menezes	333, 376, 579, 695
Henrique Mitsuo Muraoka	79, 160, 260, 505, 660	Isadora Serotini Pertinhez	214
Henrique Rahal Chrisostomo	79, 260	Isam Alobid	528
Henrique Santos Fernandes	84, 406, 466, 514, 725	Isamara Simas de Oliveira Pena	475, 736
		Isaura Raquel Nogueira de Medeiros	97, 99, 721, 727, 728

Isolda Carvalho de Santana.....	98, 472, 705
Italo Rafael Novais Rocha.....	90
Ivis Andrea Marques Ferro	67, 72, 334, 348
Ivna Mota Passos	16
Izabela Bezerra Pinheiro Espósito	107, 112, 130, 521

J

Jacqueline Kuwahara Zocante	137, 216, 404, 455, 636
Jade Guimarães Fulber	131, 409, 412, 415
Jader Reis Reboucas Filho	568
Jamile Gardin dos Santos	392, 575, 576, 672
Jamily Cinthia de Amorim Uchoa.....	739
Janaina Gonçalves da Silva Leite.....	425
Janaina Jacques	294, 449, 643
Jander Moreira Monteiro	359, 362
Jaqueline Altoé.....	305, 314, 352, 543, 545, 559, 622
Jaqueline Prinston.....	29
Jayson Júnior Mesti.....	500
Jefferson Pitelli Fonseca.....	44
Jemima Herrero Moreira Hirata.....	212
Jerusa Roberta Massola de Oliveira.....	310
Jerusia Oliveira Ibiapina	327
Jessica Abreu dos Santos	333, 376, 579, 695
Jessica Areias Coelho Pereira.....	146, 152, 501
Jéssica Bittencourt Lisboa	585
Jessica Britto Furini Pereira.....	523
Jessica Echeverria.....	36, 418, 666, 729
Jessica Ferreira Franco	731
Jessica Genoveva Boline Passarelli Capaz Pinto da Silva	311
Jessica Kuchar	345
Jessica Miguel Medeiros da Silva.....	256
Jéssica Miranda Lemos	71, 378, 421, 750
Jessica Ramos Tavares.....	431, 432
Jholbert Cardoso Santana.....	282, 284, 609, 712
Joana Luíza Zimmer	57, 58, 60, 61, 239, 244, 304, 435, 440, 483, 536
João Antonio Link.....	187, 515, 720
Joao Armando Padovani Jr.	148
Joao Flavio Nogueira Junior	425
João Henrique Zanotelli dos Santos	569
João Marcos Barcelos Sales	460, 656, 746
Joao Marcos Piva Rodrigues	743
Joao Miguel Gonçalves Ferreira Lima.....	177
João Paulo Bispo Gonçalves.....	305, 314, 352, 430, 543, 544, 545, 549
Joao Paulo Lins Tenorio.....	71, 378
João Paulo Mangussi Costa Gomes	655
João Pedro Ortega Fuzetti.....	87, 316, 572
Joao Pedro Sampaio Vieira	169, 184, 469, 663
Joao Pedro Tedesco Garcia	217
João Prudencio da Costa Neto.....	98, 472, 705
João Vicente Machado Grossi.....	100, 101
João Victor Mariano da Silva	43
João Victor Pinto Gomes.....	291
João Vitor Lima Bueno	736
Joaquim Mullol	529
Joel Lavinsky.....	308, 317, 318, 323, 330, 354, 359, 362
Johanna Matiele Assmann Osaida.....	451
Joice Krunt.....	103
Jonas Belchior Tamanini.....	37
Jordao Leite Fernandes.....	477
Jorge Almario	30
Jorge Barreneche dos Santos Neto.....	110, 738
Jorge Cabrera	30
José Amélio Arantes Machado	722
José Antonio Patrocinio	189
Jose Antonio Pinto	254, 270, 371, 382, 565
Jose Arruda Mendes Neto.....	48, 573, 605, 607
José Caraballo	30
José Carlos Convento Júnior	238, 340
Jose Carlos Jorge	391

Jose Carlos Rodrigues Chaves Junior	64, 215, 276, 368, 374, 411, 641, 645, 650, 717, 723, 726
José de Ribamar Barroso Jucá Neto	425
José Diniz Junior	433, 486, 490, 657, 659
Jose Dirceu Ribeiro.....	745
Jose Eduardo Esposito Almeida	640
Jose Eli Baptistella	92
Jose Elias da Silva Murad	502, 568, 569, 570, 595, 596, 603
Jose Faibes Lubianca Neto	398, 452, 461
Jose Fernando Polanski.....	145, 324, 331, 346
Jose Gabriel Lora.....	30
Jose Gumerindo Vasconcelos Rolim	121
Jose Jarjura Jorge Junior	381, 394
Jose Luiz Pires Junior.....	57, 235, 237, 239, 300, 304
Jose Luiz Teixeira Rodrigues.....	203, 204, 207, 208
José Marquezi Neto	684, 687
Jose Mauricio Terci de Abreu.....	303, 342, 484
José Paulo Pinotti Ferreira Junior	9, 28, 174, 457
Jose Raphael de Castro Junior	417
Jose Renato Coelho Alves de Castro	417
Jose Ricardo Gurgel Testa	364, 367
José Rildo Fernandes de Oliveira Filho	24, 25, 124, 163, 165
Jose Ronaldo de Souza Filho.....	51
Jose Sergio Do Amaral Mello Neto	628
Jose Speck Filho	263
José Valmir de Andrade Neto	401
José Vicente Boleli Scardini Alves	238, 340
Jose Vicente Tagliarini	174
José Victor Lima Figueiredo	158, 188, 734
Jose Victor Maniglia.....	137, 143
José Victor S. Togni.....	685, 686
Josiellen Almeida Nascimento	120, 252, 355, 407, 434, 578
Joyce Rios Braga Vilela Silva.....	254, 270, 371, 382, 565
Julia Bergamini Gomes.....	722
Júlia Bortolini Roehrig	102, 104, 519, 653
Julia Coelho Cyriaco	118, 137, 216, 404, 448
Julia Colares Moreira	115, 414, 504
Julia Formes Dias.....	666
Julia Gaspar de Oliveira Santos.....	42
Julia Maria Mascarenhas Alvarenga	84, 406, 466, 510, 514, 725
Júlia Ramos de Melo	111, 215, 276, 307, 374, 411, 641, 650, 717, 723, 726
Julia Souto Faria Navarro	266, 269, 366, 621
Julia Speranza Zabeu.....	399
Julia Stabenow Jorge.....	207
Julia Tonietto Porto	175, 211, 278, 370, 706
Júlia Vidal Caramori	295, 341, 612, 616
Juliana Alves Dias Fernandes	254, 270, 371, 382, 565
Juliana Alves Ferreira	506
Juliana Bello Baron Maurer	43
Juliana Benthien Cavichiolo	116, 244, 437, 447
Juliana Cagliari Linhares Barreto.....	231
Juliana Carreiro Carvalho	747
Juliana Costa dos Santos.....	517
Juliana Fontana Josende	103, 519
Juliana Guedes Amorim Mendonça	295, 341, 612, 616
Juliana Gusmão de Araujo	345, 386
Juliana Marques Colla	187, 515, 720
Juliana Oliveira Vieira.....	566
Juliana Ozawa Rodrigues	550
Juliana Paulino Do Amaral	214, 473, 719
Juliane Bucco Gomes	354
Juliano de Alencar Vasconcelos	473, 639, 719
Julio Cezar Silva Santos Filho.....	199, 315, 589, 592, 597, 670
Julyana Bastos Santana	178
Julyana Carneiro Gomes	319, 321, 347, 495, 634
Juparethan Trento Ribeiro	113
Jussandra Cardoso Rodrigues	336

K

Kaian Sebastião Mury	420
Kalinne Fernanda dos Santos Martins	263, 337
Kamila Ribeiro Araujo	281
Karlla Karen Novais Sales	151
Karin Caroline Seidel	212
Karina dos Santos Alencastro	130
Karina Mezalira	220, 395, 737
Karlla Lorena dos Santos Anjos	336
Karoline Neris Cedraz	193, 197, 218, 219
Katia Cristina Costa	88
Kelly Satco Mizumoto	79, 160, 260, 265, 505, 660
Kelvin Leite Moura	279, 397, 433, 487, 490, 657, 659, 702
Kiara Kalline Rodrigues Virgulino de Medeiros	325
Kildare Queiroga Cavalcanti Filho	90
Klara Viceconte Tardin Pimentel	69
Kylza Pires de Mello de Azevedo	513

L

Laila Mancilha Daghanstani	550
Laís Andrade de Oliveira	146, 152, 501, 640
Laís Burato	113, 688
Laís Caroline Pereira Gomes	327, 329, 402, 700, 707
Laís Carvalho de Abreu	743
Lais de Macedo Rocha	732, 733
Lais Genero Pizzatto	392, 672
Lais Siqueira de Magalhães	303, 530, 546, 619
Laísa Nunes Kato	189, 731
Laise Araujo Aires dos Santos	82, 170, 273, 274, 511, 692
Laisson Ronnan Silva de Melo	120, 188, 252, 355, 407, 434, 578
Lana Patrícia Souza Moutinho	164, 264, 372, 462
Lanah Teodoro de Siqueira Neto	474
Lara Alípio Pedrosa	637
Lara Benedetti Bispo	96
Lara Escobar Gavião Cachoni	525
Lara Franco Almeida	731
Lara Freire Bezerril Soares	10, 22, 573
Lara Maricato de Las Villas Rodrigues	385, 389, 390, 681
Lara Pascoutto Sampaio	184, 373, 469, 663
Lara Ribeiro Rocha de Macedo	215
Lara Taveira Nunes	707
Lara Torres Cardoso	592
Larissa Carvalho Silvestre	120, 252, 355, 407, 434, 578
Larissa Cordeiro Mostacedo Lascano	59
Larissa da Silva Conceição	43
Larissa de Camargo Subtil	451
Larissa de Carvalho Fornaciari	384, 390, 391, 681
Larissa de Oliveira Lima Santos	195, 312, 494, 587, 590, 602
Larissa Elisa Marin	65, 86, 693, 708
Larissa Estefany Moreira de Paula	38
Larissa Favoretto Almeida	502, 568, 569, 570, 595, 596, 603
Larissa Fuji	166, 167
Larissa Gomes Espinosa	109, 446, 631
Larissa Matos Silveira	551, 564
Larissa Molinari Madlum	88
Larissa Moreira Matos	458
Larissa Rocha Oliveira	70, 335, 592, 711
Larissa Salomao Pereira	146, 152
Larissa Vendrame de Marchi	79, 160, 260, 265, 505, 660
Laura Carminati	294, 449, 582, 643
Laura dos Santos Carneiro de Andrade	327, 329, 402, 700, 707
Laura Gonçalves Mota	264, 462
Laura Klein	154, 445, 454, 464, 560, 561

Laura Martins Giraldi	19, 36, 47, 418, 508, 666
Laura Prolla Lacroix	14, 39, 409, 412, 415
Laura Regyna Toffoli Roso	139, 142, 144, 154, 172, 445, 454, 464, 560, 561, 633, 698
Lauro Joao Lobo Alcantara	57, 116, 244, 447, 467, 555
Layla Riva Ismail	303, 526, 619
Lays Mylena Silva	617
Leandro Azevedo de Camargo	712
Leandro Castro Velasco	111, 276, 307, 650, 726
Leandro Dias Quinelli	710, 715
Leandro Fernandes Lemos	539, 540, 553, 311
Leandro Jose Almeida Amaro	593, 604, 683, 716
Leandro Renato Gusmao Duarte	120, 252, 355
Leidiany Alves de Amorim	112, 117, 129, 306, 377, 521, 524, 673
Leila Bianca Oliveira de Freitas	711
Leila Freire Rego Lima	25
Leila Roberta Crisigiovanni	313, 439, 441, 481, 482, 567, 572, 575, 576, 672
Lelia Maria Alves Duarte	750
Leodmila Marília Baptista Octávio	66, 465, 549, 556
Leonardo Albino Medeiros	31, 32, 294, 449, 582, 643, 665, 701
Leonardo Assis Silvestrini	109, 446, 631
Leonardo Bomediano Sousa Garcia	202
Leonardo Brandini Sanches	88, 405, 678
Leonardo de Moura Volpi	272
Leonardo Henrique Micheletti Sotocorno	114, 471, 625, 627
Leonardo Lopes Balsalobre Filho	554
Leonardo Marinho Portes	305, 314, 352, 430, 543, 545, 559, 622
Leonardo Mendes Acatauassu Nunes	240, 241, 242, 309, 552
Leonardo Moreira Leite Leal	170, 273, 274, 511
Leonardo Ordoñez Ordoñez	30
Leonardo Palma Kuhl	296
Leonardo Ramalho de Oliveira	77, 387
Leonardo Resende de Sousa	350, 399
Leonardo Santos de Barros Spencer	217
Leonardo Spuldaro	87
Leonardo Zanetti Florian	171, 175, 192, 211
Leopoldo Nizam Pfeilsticker	499
Leticia Akazaki Oyama	36, 42, 418
Leticia Antunes Guimarães	120, 252, 355, 407, 434, 578
Leticia Azevedo Reis	635
Leticia Carvalho Pinto Guimarães	554
Leticia Costa Moreira Soares	620, 677
Leticia de Mory Volpini	180, 513, 689, 699
Leticia de Paula Ervilha	539, 540, 553
Leticia Felix	10
Leticia Gonçalves Silva	85, 484, 526
Leticia Leahy	17, 45, 147, 331, 346, 580
Leticia Martucci	261
Leticia Moreira Dantas	458
Leticia Oliveira de Menezes	60, 61, 237, 300, 304, 316, 537, 555, 562, 567
Leticia Paiva Franco	479
Leticia Petersen Schmidt Rosito	14, 39, 409, 412, 415
Leticia Petterson	408, 615
Leticia Raysa Schiavon Kinasz	277
Leticia Rodrigues Melo	118, 133, 248, 448
Leticia Rosito	428
Leticia Rossetto Daudt	296, 428
Leticia Teixeira	446
Lidiane Maria de Brito Macedo Ferreira	433, 486, 487, 488
Lígia Ramos de Meneses	637
Ligia Traldi Macedo	23, 159
Lilayne Karla de Souza Araujo	95, 213, 394
Lilcia Helena de Brito Medeiros	176, 179
Lilian eC M Silva	16
Liliane Vanzetto	113, 688

Linda Bitencourt Cabral	423	Luciane de Figueiredo Mello	67, 72, 75
Lis Lauer Godinho	551, 564	Luciane Mazzini Steffen	171, 278
Lisandra Megumi Arima dos Santos	36	Luciano Gonçalves Nina	639, 719
Lise Barreto de Oliveira	185	Luciano Henrique Antoniolli	639, 719
Lívia A. Iácono	682	Luciano Pereira Maniglia	404
Lívia Ferraz de Almeida Cyrino	214, 473, 719	Lucieny Silva Martins Serra	20, 21, 516
Lívia Görgen Morsch	205, 206, 210	Lucinda Simoceli	395
Lívia Machado Rigolon	617	Ludimila Sobreira Sena	109, 446, 631
Livia Maria Tomaz da Silveira	734	Ludmila Melo da Silva Cardoso	305, 314, 352, 543, 545,
Livia Modesto Sotero Marcos	193, 197, 218, 219		559, 622
Livia Schirmer Dechen	608, 638, 642	Luigi Ferreira e Silva	66, 314, 430, 465, 544,
Lizandra Brandão Malheiros Almeida	506		556, 557
Lizandra Fujita de Paula Pessoa	734	Luis Carlos Daniel Villamil Robles	420, 427
Lorena Andrade Lamounier	722	Luis Felipe Athayde Antunes	194
Lorena Carvalho dos Santos	49, 72	Luis Filipe Alves Kian	178
Lorena Galdino Teixeira	183, 228, 231, 259, 676,	Luísa Corrêa Janaú	336, 443, 593, 604, 716
	724	Luísa Fluzer Curi Quadros	297, 523
Lorena Gonçalves Rodrigues	443, 683	Luísa Mostardeiro Tabajara Franche	73, 318, 610
Lorenzo Silvestrin Sartorelli	262, 339	Luisi Maria Mezzomo	147, 24, 346, 588
Lorrane Caroline Braga Rodrigues	475	Luiz Augusto Cordeiro de Andrade	506
Louise Ferreira Junklaus	145, 147, 149, 580	Luiz Carlos Nadaf de Lima	744
Louise Mancen Freire	69, 332, 492, 493, 581,	Luiz Cezar da Silveira	169, 184, 267, 373
	584	Luiz Claudio Costa Pinto da Silva	250
Lourimar de Moura Moreira	173, 680	Luiz Eduardo Dameda	690
Luan Felipe de Souza Cardoso	74, 134, 136, 343, 517	Luiz Eduardo Nercolini	680
Luana Carolina Fontana	147, 246, 324, 331, 580	Luiz Felipe Bartolomeu Souza	479
Luana de Jesus Batista	704	Luiz Felipe Roecker Ceccon	173, 212, 680, 691
Luana Segatti de Sá	33	Luiz Felipe Salomão Siqueira Cunha	639, 719
Luana Vieira Margheti	73, 227, 330, 351, 452,	Luiz Fernando Manzoni Lourençone	350, 393, 385, 389, 399
	461, 718	Luiz Otávio Bolsoni Silva	114, 625, 627
Luanna Pilla Pimentel	507	Luiz Ricardo de Andrade	66, 314, 465, 544, 549,
Lucas Abreu Arantes	250		556, 557, 559
Lucas Allan Ribeiro Porfírio	8	Luiz Rincón	30
Lucas Bissacott Mathias	46	Luiz Sergio Raposo	118, 669
Lucas Carneiro Nascimento Pereira	357, 646, 651, 703	Luiza Cabreira Brust	480
Lucas Choi Marchesano	356, 496, 605	Luiza Franco de Moraes Jorge Racy	484
Lucas Correia Portes	57, 58, 116, 234, 235,	Luiza Vazquez Barreira Ranzeiro de Bragança	426
	299, 313, 482, 489, 531,	Luma de Oliveira Moraes	143, 148, 150, 168, 268,
	536, 541, 542		669
Lucas Cunha Ferreira Castro Tolentino	344, 420	Luma Moreira da Costa	180, 513, 689, 699
Lucas da Silva Braz	64, 111, 215, 276, 374,	Luma Taveira Nunes	327, 329, 402, 700, 707
	411, 645, 650, 717, 723,	Luna Karla Neves Melo	631
	726	Luzia Abrão El Hadj	146, 152
Lucas da Silva Vinagre	240, 241, 242, 309, 552	Luziana de Lima Ramalho	59, 535, 749
Lucas de Souza Ribeiro	419	Lya Mont'alverne de Barros Albuquerque	159, 161, 190, 360
Lucas Demetrio Sparaga	19, 42, 666, 729	Lys Maria Allenstein Gondim	41, 326, 509
Lucas Diniz Costa	81, 395		
Lucas Gomes Patrocínio	189		
Lucas Gonçalves Pinheiro	261, 608, 642		
Lucas Graziotti Ceolin	501		
Lucas Hideyuki Morisawa	418		
Lucas Justo Sampaio	8, 146, 152, 640		
Lucas Kenji Sakai	392, 575, 576, 672		
Lucas Kuelle Matte	102, 103, 519		
Lucas Marcondes Spiegiorin	475, 736		
Lucas Marinho Siqueira Campos	283, 566, 714		
Lucas Marinho Vasconcelos	279, 397, 433, 487, 490,		
	657, 659, 702		
Lucas Mendes Soares	229, 396, 635, 696, 740		
Lucas Miranda Ribeiro de Paula	551, 564		
Lucas Nico Thom	581		
Lucas Pilla Muzell	384, 385, 389, 390, 391,		
	681		
Lucas Rodrigues Mostardeiro	73, 196, 236, 308, 317,		
	318, 323, 330, 534		
Lucas Sena Walter	38		
Lucas Yamada Kurosaki	174, 457		
Lucas Zanon de Freitas	105		
Luciana Aguiar Carneiro Araujo	109, 446, 631		
Luciana de Abreu e Lima Pamplona	501		
Luciana Fernandes Costa	261		
Luciana Lima Martins Costa	144		
Luciana Pimentel Oppermann	139, 445, 464, 560, 561,		
	633		
Luciana Santos Franca	273		

M

Maira Rodrigues de Oliveira	432, 443
Maira Said Dias Jabour	62, 207, 208
Maira Soares Torres	475, 479, 736
Manassés Pedro Venturin	354
Manoel Augusto Barbosa da Costa Mendonça	71, 378, 421, 750
Manoel Vinícius Moura de Sousa	420, 427
Manoela Joakimson Franck	27
Manuel Antonio Ruttkay Pereira	40
Manuela Cavalcanti Magalhães	90
Manuella dos Santos Cardinal	100, 101
Manuella Goes dos Santos Raposo	84, 406, 466, 510, 514,
	725
Manuella Mendonça da Silva	425
Manuella P. Limongi de Marco	682
Marcel Menon Miyake	50
Marcela Dias de Oliveira Lima	65, 86, 693, 708
Marcela Lehmkuhl Damiani	424
Marcela Menezes Teixeira	102
Marcela Pozzi Cardoso	222, 223, 224, 225, 226,
	230
Marcela Souza Boldt	456, 667
Marcell de Melo Naves	731
Marcelle Cotrim Rocha	417
Marcello Emir Requia Abreu	138
Marcelo Antunes de Souza	571, 574
Marcelo Braz Vieira	611

Marcelo Chemin Cury	740	Maria Luiza Rohr Zanon	150, 162, 268, 644, 669
Marcelo Costa Silva	59	Maria Luiza Veronese Bazzo	112, 129, 306, 377, 521, 524, 673
Marcelo Emir Requia Abreu	131, 139, 142, 153, 154, 157, 172, 181	Maria Martinez Kruschewsky	711
Marcelo Girotti Merighi	63	Maria Mirelle Ferreira Leite Barbosa	155, 156, 361, 623, 624, 668, 697
Marcelo Hamilton Sampaio	626, 630	Maria Nair Petrucci Barbosa	169, 184, 26, 663
Marcelo Henrique Gomes Muniz	265	Maria Noel Marzano Petruzzi	94
Marcelo Leandro Santana Cruz	68, 247, 291, 347, 495	Maria Paula Andrade Rodrigues Machado	132, 369, 450, 460, 491, 554, 577, 629
Marcelo Sousa Reis	739	Maria Paula Batalha da Costa	517
Marcelo Teixeira da Silva Junior	238, 340	Maria Paula N. A. de Sousa	684, 687
Marcelo Zuffo Pereira Barretto	194, 364, 367, 444, 485, 547, 548	Maria Regina Damasceno Dias	458
Marcia Leila Brotto	83	Maria Tereza Prazeres Pires Santos	238
Márcio Campo Oliveira	68, 495	Maria Theresa Costa Ramos de Oliveira Patrial	26
Marcio Fernando Cardoso	132	Maria Victoria Bastos Tavares	127, 262, 263, 337, 339, 356, 496, 586, 591, 598, 605, 607
Marcio Ribeiro Studart da Fonseca	177, 182	Maria Vittoria de Macedo Simeão Brasileiro	110, 738
Marcio Ribeiro Studart da Fonseca Filho	177, 182, 380	Mariah de Souza Arantes	499
Marco Silva de Carvalho	291	Mariah Gimenis	280, 400, 468, 474
Marco Antonio dos Anjos Corvo	709	Mariana Barros Dantas	291
Marco Antonio Ferraz de Barros Baptista	681	Mariana Carolina Cunha Machoski	173, 212, 680, 691
Marco Antônio Schlindwein Vaz	359, 362	Mariana Castanho Rizzo	166, 167
Marco Aurélio Fornazieri	17, 45, 50, 106, 108, 1, 52, 599, 600	Mariana Cata Preta de Barros	475
Marco Aurelio Franco de Godoy Belfort	708	Mariana Dalbo Contrera Toro	735
Marco Cesar Jorge dos Santos	47, 508, 666, 729	Mariana Dantas Aumond Lebl	222, 223, 224, 225, 226, 230
Marco Tulio Cruz Braga	127, 262, 263, 337, 339, 356, 496, 591, 598, 605, 607	Mariana de Carvalho Leal Gouveia	325
Marco Tulio Ramalho Zoratti	80, 81, 191	Mariana de Castro Machado	736
Marco Túlio Solano Matos	195, 312, 494, 587, 590, 602	Mariana Fagundes Sathler Emerick Berbert	405, 678
Marconi Jose de Assis Teodoro	460	Mariana Graça Nars	302
Marcos André de Sarvat	259	Mariana Helena Genesine Ferreira	222, 223, 224, 225, 226
Marcos André dos Santos	131, 138, 153, 157	Mariana Helena Moraes Genesine	230
Marcos Antonio Comerio Filho	164, 264, 372, 462	Mariana Junqueira Reis Enout	114
Marcos Antonio de Melo Costa	421	Mariana Krawczun Maruoka	203, 207
Marcos Cordeiro D'ornellas	201	Mariana Lopes Fávero	222, 224
Marcos Felipe Marcatto de Abreu	141	Mariana Maldonado Loch	232
Marcos Rabelo de Freitas	11, 155, 156, 177, 361, 623, 624, 668, 697	Mariana Marão Lapenta	184, 373, 663
Marcos Vinicius Chagas Sousa	59, 535, 749	Mariana Marques da Silva Castro	573
Marcus André Acioly de Sousa	8	Mariana Matos de Almeida	738
Marcus Vinicius Faria Silva	475	Mariana Moreira de Castro Denaro	475
Maressa Maria de Medeiros Moreira	457	Mariana Mota Kertzman	272, 470, 694
Maria Angela Zamora Arruda Gregolin	194, 209, 367, 485, 547, 548, 606	Mariana Mott	40
Maria Beatriz Rotta Pereira	40	Mariana Neri	62, 204, 207, 380
Maria Carmela Cundari Boccacini	344, 590	Mariana Neves Ceratti	137, 455, 636
Maria Clara Andrade Teles da Silva	82	Mariana Zago de Moraes	201, 400, 474
Maria Clara Argolo Costa	460, 656, 746	Mariane Araujo Guerra	51, 85, 526, 530, 546
Maria Clara Souza Schettini	68, 78, 24, 247, 319, 321, 495, 634, 648	Mariane Menegat Madruga	157
Maria Dantas Costa Lima Godoy	586	Mariane Paiva Rangel	340
Maria Eduarda Calixto	288	Mariane Soriano Duarte Prado Tenório	732, 733
Maria Eduarda Carvalho Catani	27, 243, 288, 289	Mariane Stagi Almada	191, 395, 520
Maria Eduarda Deon Ceccato	424, 428	Marianna de Castro Araújo Lessa	739
Maria Eduarda Duarte Vasconcelos	566, 714	Marianna Ornellas Sampaio Leite	28, 748
Maria Eduarda Farias Barbosa	739	Marília Alves Araújo Ferreira	194, 209, 444, 485, 54, 548, 606
Maria Eduarda Marques Pazin	265	Marília Montis Lanzarotti Hosken	68, 193, 197, 218, 245, 247, 319, 321, 495, 634, 648
Maria Eduarda Renner	503	Marília Rocha Kintschev	65, 86, 693, 708
Maria Elisa Annicchino	381	Marília Santa Brigida Silva Jorge	240, 241, 242, 309, 552
Maria Elisa da Cunha Ramos	459	Marina Amorim Batista de Vasconcelos	612
Maria Emilia Feitosa Bandeira de Oliveira	436, 437, 440	Marina Bandoli de Oliveira Tinoco	69, 332, 492, 493, 581, 584
Maria Eudocia de Pinho Alves Teixeira	253	Marina Cançado Passarelli Scott	328
Maria Fernanda Barbosa Souza	221	Marina Cavalcanti Studart da Fonseca	177, 182
Maria Fernanda Bonome Cardoso	254, 382, 565	Marina Colares Moreira	504
Maria Fernanda Chaves Danieluk	22, 573	Marina Dantas Cardoso de Medeiros	65, 86, 693, 708
Maria Fernanda Esposito Santin Lucas	130	Marina Faria Figueiredo	171, 175, 192, 211, 217, 278, 370
Maria Gabriela Bonilha Vallim Carbinatto	37	Marina Gabriela de Oliveira e Silva	396
Maria Helena Salgado Delamain Pupo Nogueira	54, 202	Marina Imbelloni Hosken Manzolaro	710, 715
Maria Isabel Guilhem Santos	36, 418, 729	Marina Jesus Do Carmo	647
Maria Luísa Martins Fruhauf	652	Marina Maria Galvão Pantoja	188, 458
Maria Luísa Nobre Medeiros e Silva Guimarães	397, 486, 657, 659		
Maria Luíza Lopes Ilgenfritz	296, 424		
Maria Luíza Queiroz Sampaio	20, 21, 516		

N	
Nabor Plaza Ruiz	677
Nadine Scarriot	265
Naiade de Oliveira Do Amaral	431, 593
Nara Ziviani Vale Silva	183, 228, 231, 259, 676, 724
Natali Farias Dezontini	36
Natalia Bocaccio Mainardi	205, 206, 210, 424
Natalia Bortotti Loureiro	94
Natalia Lombardi Pessoa	20, 345
Natália Lorenzi de Souza	186
Natália Maria Câmara da Luz	538
Natália Martins de Araujo	68, 78, 193, 218, 245, 319, 347, 648
Natália Matos Muricy	178, 670, 671, 679, 711, 713
Natalia Medeiros Dias Lopes	17
Natalia Miolo	232, 471
Natalia Oliveira Gonzaga	499
Natália Quinhone Shigematsu	232
Natália Rebelatto Vanz	131, 138, 153, 157, 615, 618, 652, 653
Natalia Zambon	550
Natalie Emy Yamamoto	34, 442, 709
Natália Boff de Oliveira	172, 181
Nataly Sant'ana de Matos	564
Natasha Caroline Cristina Santana de Aguiar	49, 72, 334, 363
Nathalia Basile Mariotti	35, 51, 85, 530, 546, 619
Nathália Fernanda da Silva	67, 75, 334, 348, 363
Nathália Grassi Rigatti	690
Nathália Medeiros Rebello	88, 405, 678
Nathálya Rodrigues Queiroz	282, 284, 609, 712
Nathan Felipe Sureck	270
Nayyara Marcia Ferreira Carreiro	71, 378, 421, 750
Nedio Steffen	171, 192, 278
Neemias Santos Carneiro	9, 28
Neilor Fanckin Bueno Mendes	392
Ney Saldanha Nogueira da Gama Jr.	696
Nichollas Angelini Bosi	442
Nícia Oliveira Reis Santana	222, 223
Nícia Oliveira Santana Reis	224, 225, 226, 230
Nicolas Balbinot Panteliades	288
Nícolas da Cunha Conrado	487, 488
Nicole Cislaghi Sartor	424, 428
Nicole Elen Lira	480
Nicole Tassia Amadeu	19
Nilvano Alves de Andrade	110, 738
Njira Lugogo	528
Norimar Hernandez Dias	457
Norton Tasso Junior	41, 478

O

Octavio Sakahara Saito	344, 420, 427
Osmar Clayton Person	305, 430, 543, 544, 545, 549, 556, 557
Oswaldo Souza Soares Junior	71, 378, 421, 750
Oswaldo Oliveira Do Nascimento Junior	200, 271, 611
Otávio Ananias dos Santos Mangualde	656
Otávio Augusto Gonçalves Dias Cionek	205, 206, 210
Otávio Ferraz	80, 81
Otávio Marambaia Santos	692
Otávio Rigoni Rossa	647

P

Pablo Pinillos Marambaia	82, 170, 273, 274, 511, 692
Paloma das Dores Costa	164, 264, 372, 462
Patrícia Barcelos Ogando	351, 398
Patrícia Blau Margosian Conti	745
Patrícia Daher Russo Dias	232
Patrícia Rauber	31, 32, 294, 449, 582, 643, 647, 665, 701
Patricia Rosa Nunes	255, 338, 369, 491, 577, 613, 629
Patricia Soares Montemagni	34
Patricio Jose de Oliveira Neto	721
Paula Belone Garcia	137, 248, 455, 636
Paula Coli Mendes Lima	634
Paula Cordoval Caetano	456, 667
Paula da Costa Porto Mendes	302
Paula Moreira Navarro Rocha	229, 396, 635, 696, 740
Paula Mortoza Lacerda Bepu	118, 133, 248, 404, 448, 455, 636
Paula Nikolay	31, 32, 294, 449, 582, 64, 665, 701
Paula Ribeiro Lopes	35, 51, 85, 530
Paula Souza Ramos	535, 749
Paula Thaís Gomes Muniz	182
Pauliana Lamounier eSilva Duarte	64, 111, 215, 374, 411, 641, 717
Paulo Augusto Kfuri Araujo	460
Paulo Augusto Moreira Matos	121, 122, 123, 128, 198, 249, 251, 458, 497, 654, 658
Paulo Eduardo Przysiezny	87, 583, 585
Paulo Henrique Senger Dick	176, 179, 416
Paulo Marcos Do Nascimento	375, 661, 662, 664
Paulo Marcos Fontelles de Lima Araujo	431
Paulo Pires de Mello	146
Paulo Renato Barchi	143, 148, 150, 168, 644
Paulo Sergio Lins Perazzo	78
Paulo Tinoco	69, 332, 492, 493, 581, 584
Paulo Valdeci Worm	308
Pauo Andre Gonçalves da Cunha	683
Pedro Antônio Oliveira Aquino Gusmão	298
Pedro Augusto Matavelly Oliveira	58, 234, 235, 304, 435, 439, 489, 531, 542
Pedro Barbosa Duarte Vidal	177
Pedro Carrion Carvalho	243
Pedro de Aguiar Soares	508
Pedro Feitosa de Souza da Cunha Cintra	371
Pedro Guedes Pagliusi Garrido	35
Pedro Henrique Carrilho Garcia	148, 168, 268, 644, 669
Pedro Henrique Pontes	344
Pedro Henrique Zanella Catto	296, 480
Pedro Iughetti Morais	425
Pedro Ivo Machado Pires de Araujo	307
Pedro Juliano de Mesquita Ferreira	141, 190, 322, 358, 499, 614, 630
Pedro Lança Gomes	656
Pedro Luis Coser	429
Pedro Mino Vianna	689, 699, 748
Pedro Omar Alebrand Pasqualotto	176, 179, 416, 690

Pedro Paulo Vivacqua da Cunha Cintra	371
Pedro Polastri Lima Peixoto	114
Pedro Ricardo Barreira Milet Caldas Pereira	229, 396, 635, 696
Pedro Yan Tomás Ananias	291
Penélope de Lima Petuco	213
Pietro Luigi Rotta	160
Priscila Bogar	35, 85, 303, 342, 484, 526, 530, 546, 619
Priscila Cavalieri Masson	127, 607
Priscila Farias de Oliveira	279, 397, 433, 488, 490, 657, 659, 702
Priscila Nogueira Soares	254, 270, 382
Priscila Novaes Ferraiolo	49, 363
Priscila Regina Candido Espinola	739
Priscilla Falcon Lacerda	82, 170, 273, 274, 511
Priscilla Lucena de Figueiredo	178, 589, 597, 670, 671, 679, 711, 713

R

Rael Lucas Matimoto	133, 216
Rafael Augusto Costa	539, 540, 553
Rafael Biral Magnoler	86
Rafael Burihan Cahali	262
Rafael Bustamante de Castro	121, 122, 123, 128, 158, 188, 198, 249, 251, 497, 649, 654, 658, 734
Rafael Costa Lopes Ramos	526
Rafael de Albuquerque Lucas	265, 660
Rafael de Castro da Silva	56, 119, 301
Rafael Dias de Carvalho	203, 204
Rafael Ferri Martins	43
Rafael Haddad Chechin	310, 384, 385, 389, 390
Rafael Luis Boemo	582
Rafael Pessoa Porpino Dias	51, 203, 204, 20, 208
Rafael Saba Albertino	200, 271, 601, 611
Rafael Siqueira de Carvalho	365
Rafaela A Ramoski Ribeiro	295, 341, 612, 616
Rafaela Desiderio Saad	143, 148, 162, 168, 644
Rafaela Mabile Ferreira dos Santos Sobreiro	58, 489, 536, 562, 567, 572
Rafaele Rigon	429
Rafaeli Sagrilo Grossi	297, 523
Rafaella Granieri Liberato Costa	254
Raimar Weber	202
Raimundo Almeida Netto	185, 258
Rainer Guilherme Haetinger	54
Raísa Arume de Souza	169, 267, 469
Raísa Carvalho Pereira	115, 413, 414, 504
Raísa Costa Said	76, 140, 256, 281, 387, 419, 507, 704
Raísa de Carvalho Borges	589, 597, 711
Raísa de Figueiredo Neves	535, 749
Raísa de Oliveira eAlbuquerque	62, 204, 208, 298, 380, 571, 574
Ramon Melo Terra Paula	743
Ramona Saleri	551
Ranna Gabriela Fernandes de Figueiredo	506
Raphael de Santana Spirandelli	22, 573
Raphaella de Oliveira Migliavacca	205, 206, 210
Raquel Almeida de Campos	229, 396, 635, 696, 740
Raquel Corrêa Monteiro	125, 599, 600
Raquel Custódio Souza	155, 156, 361, 414, 623, 624, 668, 697
Raquel Ferreira Moreira	261, 383, 608, 628, 638, 64, 730
Raquel Gomes Castanheira	115, 4, 504
Raquel Gonçalves Bessa	195, 312, 494, 587, 590, 602
Raquel Mezzalira	37
Raquel Moreira Borges	291
Raul Ivo Aureliano Neto	107, 112, 117, 129, 306, 377, 521, 524, 673
Raul Sancho de Carvalho Rocha	425
Ravi Rodrigues de Lima	95, 213, 394

S

Susan Balaciano Tabasnik	59, 535
Syriaco Atherino Kotzias	31, 32

T

Tabatha Beatriz Zoletti	100, 101
Taciana Sarmento Cardoso de Oliveira	33, 601
Taciane Adami de Arruda	161
Taciane Brinca Soares Saliture	257
Taiane Silva Paixao	65, 86, 693, 708
Taiany Nadia Fonseca Abu-Adiya	356, 591
Tais Ferreira Vilela	305, 352, 430, 543, 544, 545, 557, 622
Taísa Maria Brito Amorim	70, 199, 335, 670
Taise Leitemperger Bertazzo	196, 201
Tamires Aparecida Alves Borges	84, 406, 466, 510, 514, 725
Tanis Moreira Rodrigues de Moura	386
Tárcio Euler Ribeiro Medrado	70, 315, 335
Tarcísio Redes Xavier	112, 117, 129, 306, 377, 521, 524, 673
Tássia Cividanes Pazinato	296, 480
Tatiana de Almeida Castro eSouza	501
Tatiane Pires de Oliveira Almeida	506
Tatiany Tiemi Yamamoto	416
Tayane Oliveira Pires	33, 502, 568, 569, 570, 595, 596, 603
Tayanne de Oliveira Silva	383, 628, 638, 642
Taynara Luísa de Mello Heliodoro	282, 284, 609, 712
Teodoro Mendes Borges Passos	189
Teresa Cristina Mendes Higino	222, 223, 224, 225, 226, 230
Thais Aguiar Brito	143, 148, 162, 268, 669
Thais Gonçalves Menezes	80, 191
Thais Knoll Ribeiro de Azevedo Marques	515, 720
Thais Melquiades de Lima	13
Thaís Motta Justo	52, 655
Thais Natividade dos Reis	240, 241, 242, 309, 552
Thaís Rodrigues Bezerra Nunes	200, 271, 601, 611
Thais Rodrigues Ferreira	459
Thaísa Consorte Domingues	693
Thallisso Martins da Silva Rodrigues	195, 312, 494, 587, 590, 602
Thamiris Dias Delfino Cabral	152, 501
Thatiana Guerrieri	166, 167
Thatiana Pereira Silva	78, 245, 247, 321, 347, 648
Thattyanne Kkrysttynn Aguiar Souza	120, 252, 355, 407, 434, 578
Thayná Ferreira Furtado Pereira	301, 322, 353
Thays Fernanda Avelino dos Santos	286, 732
Thiago de Almeida Reis	748
Thiago de Souza Santos	229, 396, 635, 696, 740
Thiago Freire Pinto Bezerra	714
Thiago Luis Infanger Serrano	626, 630, 745
Thiago P. Morsch	685, 686
Thiago Ribeiro de Almeida	622
Thiago Torres Nobre	336, 432, 593, 604, 716
Thiago Yuzo Azuma	300, 481
Thomas Alves Gomes	183, 231, 259
Thomas Peter Maahs	171, 175, 192, 217, 278, 370, 706
Tiago Cardoso Martinelli	126, 499, 626
Tiago Fraga Vieira	617
Tino Miro Aurélio Marques	155, 156, 361, 668, 697
Trissia Maria Farah Vassoler	116, 299, 300, 313, 316, 435, 436, 440, 467
Túlio Bassoli	195, 312, 494, 587, 590, 602

U

Ueslei Mossoi Tribino	690
Ulisses Jose Ribeiro	720

V

Valeria Barcia	749
Valmir Tunala Junior	109, 189, 731
Vanessa Cardoso Fontana	103, 519
Vanessa Carvalho de Oliveira	23, 126, 159, 161, 190
Vanessa Lunelli	416
Vanessa Magosso Franchi	223, 225, 226
Vanessa Mazanek Santos	12
Vanessa Miho Tani	62, 380, 571, 574
Vanessa N. Mourão	687, 684
Vanessa Pinheiro Adamo	520
Vanessa Ribeiro Orlando	338
Vanessa Saling Guglielmi	103, 519
Vanessa Silva Soledade	189, 731
Verena Silva Caldas	68, 78, 245, 247, 319, 321, 347, 495, 634, 648
Victor Aberto Nemirski Parmeggiani	186
Victor Barreto Garcia	459
Victor Engler Tellini e Silva	150, 162, 168, 268, 644
Victor Hugo Tetilla Moreira	107, 112, 117, 129, 306, 377, 521, 524, 673
Victor Ikky Kawahara	62, 380, 571, 574
Victor Jacome Soares Martins	406, 466, 510, 514, 725
Victor Ranzulla de Souza	266, 269, 366, 379, 621
Victoria Bento Alves Paglioli	102
Victoria Boeira Duarte	297, 523
Victória Cenci Guarienti	61, 237, 244, 304, 447
Victória Cenci Guarienti	562, 563, 567
Victória de Castro Leme	114, 453, 625, 627
Victoria Franco Goncalves	111, 215, 276, 307, 368, 374, 411, 645, 717, 723, 726
Victoria Lima Tiseo	473, 719
Vinicius de Faria Gignon	95
Vinicius de Moraes Palma	320, 471
Vinicius Domene	126, 358, 499, 626
Vinicius Henrique da Silva Ferreira	694
Vinicius Lima de Souza Gonçalves	70
Vinicius Nickel	29, 180, 513
Vinicius Notário Ligerio	420, 551
Vinicius Oliveira Nitz	428, 480
Vinicius Ribas de Carvalho Duarte Fonseca	61, 234, 235, 237, 239, 244, 304, 483, 541, 567
Vinicius Silles Brandão Machado	735
Vinicius Simon Tomazini	106, 108, 125, 423, 527, 599, 600
Vinicius Zamprogna Bonafé	139, 142, 144, 154, 172, 181, 292, 445, 560, 561, 633, 698
Virgilio Gonzales Zanella	308, 354
Vitor Arrais de Lavor Monteiro	739
Vitor Bittar Prado	127, 262, 263, 337, 339, 496, 573, 591, 598, 605, 607
Vitor Costa Fedele	164, 264, 372, 462
Vitor Gouveia Soares	92
Vitor Hugo Peijo Galerani	73, 196, 308, 317, 323, 330, 351, 354, 452, 718
Vitor Takashiba	108, 423, 527
Vitor Yamashiro Rocha Soares	327, 402
Vitória Perinotto Do Nascimento	118, 133, 216, 404, 455, 476, 636
Vitoria Yuri Mizaki Villanova	87
Vittoria Senna Dedavid	42
Vivian Benaion Tabasnik	59, 535
Vivian Estavanate de Castro	632
Viviane Carvalho da Silva	155, 156, 361, 623, 624, 668, 697
Viviane Cristina Martori	473, 639
Viviane Saldanha Oliveira	76, 704
Vladimir Cantarelli	40
Vladimir Lourenço Falcão Junior	283, 566, 714

W

Wallace Nascimento de Souza 250

Washington Luiz de Cerqueira Almeida..... 68, 193, 197, 245, 247, 319, 321, 495, 634

Weidinara de Oliveira Rodrigues da Fonseca 97, 99

Wenberger Lanza Daniel de Figueiredo..... 140, 365

Wendell Allan Hanzawa 143, 150, 162, 268, 669

Wendell de Paiva Leite..... 397

Wesley Martins Quessada Arruda 143, 148, 150, 168, 644

Wilder Alves 276, 282, 284, 368, 411, 650, 712, 723

Wilker Antunes Lira..... 53

Wilma Terezinha Anselmo Lima..... 13, 16, 44, 50, 453

Wilson Benini Guercio 538

Wytske J Fokkens 529

Y

Yane Flávia de Barros Curado Fleury 84, 406, 466, 510, 514, 725

Yane Melo da Silva Santana 76, 140, 256, 281, 419, 463, 507, 704

Yasmim Anísio Gonçalves 395, 520

Yasmim Brustolin Lobo Rodrigues 41, 326, 478, 509, 688

Yasmim Cavalcante Sousa 425

Yasmim Pereira Gonçalves 98, 286, 472, 705, 732, 733

Yasmin Alves Peterson 503

Yasmin de Rezende Beiriz 78, 197, 319, 634

Yasmin Emi Enemu Mino 384, 385, 389, 390, 391, 393, 681

Yasser Jebahi 17, 45

Yure Albuquerque Machado..... 734

Yuri Augusto Nogueira Sozzi 384, 385, 389, 390, 391, 681

Yuri de Medeiros Alcântara..... 67, 72, 75

Yuri Ferreira Maia..... 727, 728



www.aborlccf.org.br